TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

FÉLIX LEGUEU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(RELEVÉ BIBLIOGRAPHIQUE)

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

ARTICLE PREMIER

Appareil urinaire.

PREMIER GROUPE. — GÉNÉRALITÉS.

DEUXIÈME GROUPE. — REIN.

Troisième Groupe. — Vessie.

Quatrième Groupe. — Prostate.

Cinquième Groupe. — Urètre.

Troisième Groupe. — Abdomen.

Quatrième Groupe. — Divers.

ARTICLE III

Gynécologie.

Premier Groupe. — Utérus.

ARTICLE IV

Anatomie chirurgicale.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

I

TITRES OBTENUS AU CONCOURS

1883 — Externe des hôpitaux.
1884 — Interne provisoire.
1885 — Interne des hôpitaux.
1887 — Aide d'anatomie a la Faculté.
1889 — Prosecteur provisoire a la Faculté.
1890 — Prosecteur titulaire.
1891 — Docteur en médecine.
1892 — Chef de clinique des maladies des voies urinaires.
1895 — Chirurgien des hôpitaux.
1898 — Agrégé de la Faculté (Premier de la section de Chirurgie).

II

PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

1890 — Médaille d'or de Chirurgie (Prix de l'internat 1890).

1891 — Médaille d'argent (Prix des Thèses) Faculté de Médecine (1891).
1891 — Prix Alvarenga (Académie de Médecine 1891).
1899 — Prix Huguier (Académie de Médecine 1899).
1899 — Prix Mège (Académie des Sciences 1899).
1896 — Officier d'Académie.
1905 — Officier de l'Instruction publique.

III

FONCTIONS ANTÉRIEURES

Une année d'externat à Saint-Antoine (1884).
Quatre années d'internat à Cochin (1887), ***Trousseau*** (1888), ***Saint-Louis*** (1889) ***et Necker*** (1890).
Une année d'interne, médaille d'or, Necker (1891).
Deux années d'adjuvat à la Faculté (1886-1889).
Quatre années de prosectorat à la Faculté (1889-1892).
Trois années de clinicat à l'hôpital Necker dans la chaire du Professeur Guyon (1892-1895).
Huit années de chirurgien des hôpitaux (1895-1903).

Assistance de consultation de l'hôpital Saint-Louis de 1895 à 1901. Assistance de consultation de l'hôpital Necker de 1901 à 1903. En outre suppléance pendant les vacances de M. Reynier à Lariboisière (1895), de M. Nélaton à Saint-Louis (1895 à 1901), du Professeur Pozzi à l'hôpital Broca de 1896 à 1901.

Six mois de suppléance de la chaire de clinique chirurgicale du Professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu (semestre d'été 1901).
Quatre années d'assistance à Necker à la chaire de clinique des maladies des voies urinaires (1902 à 1906), et suppléance du Professeur Guyon pendant les vacances.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau (de novembre 1903 à mars 1906).
Chirurgien de l'hôpital de Bicêtre (de mars 1904 à décembre 1905).

IV

FONCTIONS ACTUELLES

Chirurgien chef de service a l'hopital Tenon, depuis le 25 décembre 1905.

Professeur agrégé a la faculté de médecine.

Agrégé de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires, et chargé de suppléer pendant les vacances le Professeur Guyon (1er juin-30 octobre 1906).

V

TITRES DANS LES SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la *Société Anatomique* (1897).

Membre titulaire *de la Société de Chirurgie* depuis 1901.

Membre de la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.*

Membre de l'*Association française de Chirurgie.*

Membre de l'*Association française d'Urologie.*

Membre de la *Société internationale de Chirurgie.*

Membre de la *Société de Prophylaxie sanitaire et morale.*

Membre du *Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie* (Rapporteur à la session de Rouen, avril 1906).

Membre du *Congrès international de Médecine* (Rapporteur à Paris, 1900 et à Lisbonne, 1906).

Membre associé national de la *Société de Chirurgie de Lyon.*

Membre associé étranger de la *Société de Chirurgie de Bucarest.*

VI

SERVICES DANS L'ENSEIGNEMENT

Enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire comme prosecteur pendant quatre ans (1889-1892).

Conférences de pathologie externe à la Faculté de Médecine (Semestre d'hiver 1898).

Cours complémentaire de pathologie externe à la Faculté de Médecine (Service d'été 1900).

Cours de clinique externe à l'Hôtel-Dieu, en remplacement du Professeur Duplay (Semestre d'été 1901).

Cours de clinique des maladies des voies urinaires pendant les vacances de 1901 à 1906 comme assistance du Professeur Guyon à Necker.

Cours complémentaire pratique des maladies des voies urinaires. En outre j'ai organisé le dimanche à Necker avec le consentement du Professeur Guyon et l'approbation de M. le Doyen un enseignement complémentaire des maladies des voies urinaires et j'ai fait pendant quatre ans des cours pratiques, tous les dimanches pendant l'hiver (1902-1906).

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(RELEVÉ BIBLIOGRAPHIQUE)

I. — *OUVRAGES ET MONOGRAPHIES*

1891 — **Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1890 (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Prix Alvarenga de Piauhy, 1891; et par la Faculté de Médecine : médaille d'argent, 1891).

1894 — **Chirurgie du rein et de l'uretère.** — (1 vol. Collection Charcot-Debove) Paris, Rueff, 1894.

1897 — **De l'appendicite.** — *L'œuvre médico-chirurgical,* n° 1, Paris, Masson et Cie, 1897.

1899 — **Traitement de l'appendicite.** — *L'œuvre médico-chirurgical,* n° 18, Paris, Masson et Cie, 1899.

1898 — **Traité médico-chirurgical de gynécologie** (En collaboration avec M. Labadie-Lagrave). — Paris, Alcan, 1898, 1220 p. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, 1899, prix Huguier : par l'Académie des Sciences, prix Mège, 1899).
Depuis, cet ouvrage a eu trois éditions, et a été traduit en espagnol et en italien.

1900 — **Art. Vessie, Urètre, Infection, Pénis.** — Traité de chirurgie cli-

nique et opératoire de MM. Le Dentu et Delbet. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1900.

1902 — **Leçons de clinique chirurgicale.** — (Hôtel-Dieu, 1901), 1 vol. in-4°, 454 p. et 73 fig. Paris, Félix Alcan, 1902.

1906 — **Le rein mobile.** — (1 vol. des actualités médicales), J.-B. Baillière et fils, Paris, 1906.

— **Le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.** — In-8, Paris, Steinheil, 11 figures, 1906.

II. — *MÉMOIRES ET PUBLICATIONS DIVERSES*

1887 — **De la dyspnée dans le cancer du pharynx.** — *Gazette médicale*, 1887, p. 525.

1888 — **Cancer de l'œsophage et gastrostomie.** — *Gazette médicale*, 1889, n° 23, p. 270.

1889 — **Des résections dans l'ostéomyélite des os longs.** — *Gazette des hôpitaux*, 1889, n° 143, p. 1301.

1890 — **Des hématocèles enkystées du cordon spermatique** (vaginalites funiculaires hémorragiques). — *Archives générales de médecine*, 1890, vol. I, p. 183 et 307.

1891 — **Des névralgies rénales.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre et novembre 1891.

— **Anatomie chirurgicale du bassinet et exploration intérieure du rein.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin et juillet 1891.

1892 — **De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique.** — *Gazette des hôpitaux*, 1892, n° 81, p. 761.

— **Epiplocèle adhérente simulant la tuberculose du testicule.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892, p. 517.

1893 — **Sonde à demeure et infection urinaire.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier, 1893, p. 37.

1893 — **Note sur une tumeur pédiculée de la prostate.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* décembre, 1893, p. 897.

— **Lithiase urinaire expérimentale** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1893, p. 59.

— **Nouvelle valve pour la taille hypogastrique.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1893, p. 367.

— **Fistule urétro-rectale traumatique.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1893, p. 300.

— **Les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre** (En collaboration avec M. Cestan). — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* septembre 1893, p. 655.

— **Phlébite urétrale et périurétrite** (En collaboration avec M. Noguès). — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* novembre 1893, p. 823.

— **Cystostomie dans le cancer de la prostate.** — *Gazette hebdomadaire,* 1893, n° 34, p. 401.

— **De l'excision des abcès urineux.** — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie,* 1893, n° 17, p. 201.

1894 — **De l'intervention dans la péritonite tuberculeuse.** — *Semaine médicale,* 1894, n° 9, p. 65.

— **Périurétrite.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1894, p. 590.

1895 — **De l'anurie calculeuse.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1895, p. 865.

— **Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.** — *Presse médicale,* 17 août 1895, p. 321.

— **Des calculs de la portion prostatique de l'urètre.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1895, p. 769.

— **Du drainage périnéal dans les cystites rebelles.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1895, p. 1065.

— **Trois observations de cathétérisme rétrograde pour rétrécissement**

infranchissable. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1895, p. 304.

1896 — **Des sarcomes primitifs de la clavicule.** — *Archives des Sciences médicales,* janvier 1896, n° 1.

— **Des rapports entre les testicules et la prostate.** — *Archives de physiologie normale et pathologique,* janvier 1896, n° 1.

— **Nouveau procédé d'hystéropexie abdominale.** — *Semaine gynécologique,* 1896, n° 41, p. 321.

— **Synovite tuberculeuse à forme végétante et hypertrophique.** — *Presse médicale,* 1897, 26 juin, n° 60, p. 37.

— **Des fistules recto-périnéales.** — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale,* 1897, n° 5, p. 769.

— **Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* juillet, 1897, n° 7, p. 681.

— **Traitement de l'urétrite blennorrhagique par l'airol** (En collaboration avec M. Lévy). — *Presse médicale,* 1896, n° 91, p. 595.

— **Émasculation totale pour cancer de la verge.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1896, n° 6, p. 563.

1897 — **Infection urinaire et infection puerpérale.** — *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 5 juin 1897, n° 23, p. 353.

— **Traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes dilatations.** — *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 1897, n° 48, p. 753.

1897 — **De l'eucaïne en chirurgie** (En collaboration avec **M. Libou**). — *Gazette des Hôpitaux,* 18 février 1897.

— **Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus** (En collaboration avec M. Marien.) — *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* t. XLVII, février 1897, p. 134.

— **Cancer kystique dans un rein mobile.** — *Bulletin de la Société anatomique,* 16 mai 1897 et *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1897, p. 128.

1898 — **Appendicites néoplasiques** (En collaboration avec M. Beaussenat). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, n° 2.

— **De la torsion des salpingites** (En collaboration avec M. Chobry). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, février 1898.

— **De la colpotomie dans les suppurations annexielles.** — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 25 octobre 1898.

1899 — **Des opérations conservatrices dans la tuberculose testiculaire.** — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 octobre 1899.

— **De la pyométrie, complication du cancer de l'utérus** (En collaboration avec M. Rebreyend). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, octobre 1899.

1900 — **De la torsion des salpingites.** — *Presse médicale*, 20 janvier 1900, n° 37.

— **Pathogénie des kystes tubo-ovariens** (En collaboration avec M. Cabaniols). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, n° 13, p. 419.

— **De l'anesthésie par injection lombaire intrarachidienne de cocaïne et d'eucaïne.** (En collaboration avec M. Kendirdjg). — *Presse médicale*, 27 octobre 1900, p. 299.

1901 — **Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes.** — *Union médicale du Canada*, Montréal, 1901.

— **Des indications de l'opération dans les salpingites chroniques.** — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 25 avril 1901, n° 8.

— **Indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule.** — *Semaine médicale*, 29 mai 1901, n° 23, p. 177.

— **Taille périnéale et prostatectomie.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902, p. 897.

1903 — **De l'adrénaline dans la chirurgie des voies urinaires** (En collaboration avec M. Pasteau). — *Journal international de médecine et de chirurgie*, 25 février 1903.

1903 — **Résultats cliniques de la séparation endovésicale des urines avec le diviseur gradué** (En collaboration avec M. Cathelin). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, n° 1.

— **La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures.** — *Presse médicale*, 1903, n° 68, p. 610.

— **L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urètrotomie vaginale.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903, p. 1201.

— **La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903, p. 1861.

1904 — **Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogènie de l'hydronéphrose.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1361.

— **De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1441.

1905 — **Les rètrécissements traumatiques de l'urètre.** — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 janvier 1905.

— **De la récidive des papillomes de la vessie.** — *Bulletin médical*, 30 août 1905, n° 66, p. 743.

1906 — **L'anurie calculeuse.** — *Journal des Praticiens*, 1906, n° 8, p. 118.

— **La lithiase rénale et la colique néphrétique.** — *Journal de médecine internationale*, n° 4, 15 février 1906.

— **La lithiase rénale et la colique néphrétique.** — *Journal de médecine internationale*, n° 4, 15 février 1906.

— **La cystite tuberculeuse.** — *La Clinique*, 23 mars 1906.

— **Tuberculose uro-génitale.** — *Journal de médecine internationale*, n° 8, 15 avril 1906.

III. — COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

A. — Société anatomique.

1887 — **Anévrisme valvulaire, abcès sous-endocardique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXI[e] année, 1887, p. 515.

— **Epilepsie jacksonienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXI[e] année, 1887, p. 717.

1888 — **Ostéosarcome du bassin avec oblitération complète de la veine cave inférieure d'origine néoplasique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXII[e] année, 1888, p. 551.

— **Tumeur tuberculeuse du lobe gauche du cervelet.** — *Bulletins de la Société anatomiqae*, LXIII[e] année, 1888, p. 22.

1891 — **Anomalie de la main.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVI[e] année, t. V, 1891, p. 135.

— **Des lésions septiques des reins calculeux.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVI[e] année, t. V, 1891, p. 101.

1892 — **Double anomalie rénale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVII[e] année, t. VI, 1892, p. 19.

— **Des aponévroses de la paume de la main.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVII[e] année, t. VI, 1892, p. 383 (En collaboration avec M. Juvara).

— **La situation du cæcum chez l'enfant.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVII[e] année, t. V, 1892, p. 55 à 69.

1893 — **Gomme du testicule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIII[e] année, t. VII, 1893, p. 498.

— **Hématocèle pelvienne ouverte dans l'intestin grêle et dans le rectum** (En collaboration avec M. Reblaub). — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIII[e] année, t. VII, 1893, p. 92.

1894 — **Occlusion intestinale post-opératoire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX[e] année, t. VIII, 1894, p. 474.

1894 — **Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX[e] année, t. VIII, 1894, p. 421.

— **Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX[e] année, t. VIII, 1894, p. 287.

— **Corps étrangers de la vessie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX[e] année, t. VIII, 5[e] série, 1894, p. 137.

1895 — **Note sur un éphitélioma hétéradénique de la région rétro-anale.** (En collaboration avec M. Marien). — *Bulletins de la Société anatomique*, LXX[e] année, 5[e] série, t. IX, 1895, p. 661.

— **Anatomie pathologique du rein mobile.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXX[e] année, 3[e] série, t. IX, 1895, p. 565.

1896 — **Fibrosarcome du nerf sciatique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 mars 1896, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, p. 264.

— **Invagination intestinale.** — *Bulletins de la Société anatomique* LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 161.

— **Contusion de l'abdomen. Rupture d'un kyste hydatique du foie.** (En collaboration avec Diriar). — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 538.

— **Du rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins** (En collaboration avec M. Marien). — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 329.

— **Kyste wolfien du ligament large.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, fasc. 3, p. 96.

— **Parotidite tuberculeuse** (En collaboration avec M. Marien). — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, p. 14.

— **Note sur une tumeur déciduale de l'utérus** (En collaboration avec M. Marien). — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 594.

1897 — **Hernie congénitale avec imperforation du vagin.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897, LXXIIe année, 5e série.

— **Enfoncement de la voûte du crâne** (En collaboration avec M. Couvelaire). — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897, LXXIIe année, 5e série, t. XI, p. 32.

1898 — **Cystite exfoliante.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1898, LXXIIIe année, 5e série, t. X, 10 juin.

1899 — **Contusion artérielle et anévrisme traumatique** (En collaboration avec M. Meslay). — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIVe année, 1899, 6e série, t. I, p. 471.

— **Corps étranger du rectum.** — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIVe année, 1899, 6e série, t. I, p. 472.

B. — Société de Chirurgie.

1896 — **Étranglement du testicule par torsion du cordon spermatique.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXII, 1896, et *Presse médicale*, 18 juillet.

— **Laparotomie pour occlusion intestinale** (Rapport de Broca). *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXIII, 1897, p. 340 et 498.

— **Luxation irréductible et ancienne de l'astragale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1042 (Rapport de M. Reynier, 29 mars 1899).

— **Évidement pelvien avec ligature de l'iliaque primitive.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1047.

— **Plaie du foie.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1204.

1899 — **Un cas d'urétéro-cysto-néostomie pratiquée au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXV, 1899, p. 1069.

1900 — **Néphrectomie avec urétérectomie totale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 241.

— **Cathétérisme rétrograde avec suture totale de l'urètre.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 241.

— **Perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie. Guérison** (Rapport de Lejars), t. XXVI, 1900, p. 1105.

1901 — **La rachicocaïnisation.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 569.

— **Kyste hydatique du rein.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 681.

— **A propos du traitement des pyélonéphites aiguës ou chroniques.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 700.

— **Rupture de la paroi abdominale par contusion; éventration consécutive.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 792.

— **Tuberculose rénale greffée sur une hydronéphrose ouverte.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 852.

— **Persistance du diverticule de Meckel.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 896.

— **Boite métallique pour la stérilisation sous pression des objets de pansement.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 987.

— **Deux cas de mort immédiate par rachicocaïnisation.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 1002.

— **Plaie de la moelle avec suture.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 109.

1902 — **Aiguilles obliques à pédale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 30.

1902 — **Perforations multiples de l'intestin. Laparotomie. Guérison.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 53.

— **Tubes pour la stérilisation et la conservation du catgut dans l'alcool.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 57.

— **Nouvelle sonde pour le tamponnement des cavités.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 207.

— **Phlegmon gangreneux du scrotum par appendicite herniaire** (Rapport sur une observation de Morestin). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 366.

— **Sur le traitement du cancer par le sérum de Wlaëff.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 455.

— **Occlusion intestinale post-opératoire.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 479.

— **Prostate et calculs vésicaux multiples extraits par la voie périnéale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 674.

— **Séparation des urines dans une vessie de 18 grammes.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 796.

— **Diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue et de l'appendicite.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 923.

— **De la prostatectomie périnéale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 954.

— **Plaie de l'artère sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 400.

— **Doigtiers avec protecteur pour la main.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 556.

1902 — **Compresseur intestinal.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 555.

— **Perforation spontanée d'un abcès appendiculaire.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1902, p. 946.

— **Calcul de la portion pelvienne de l'uretère.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1902, p. 1132.

1903 — **Sur l'appendicite.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 223.

— **Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 42.

— **Exclusion de la plus grande partie de l'intestin** (Rapport sur une observation de Vanverts (de Lille). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 610.

— **De la cholédochotomie avec suture.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 672.

— **La voie vagino-périnéale pour la cure des fistules recto-vaginales supérieures.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 793.

— **Désenclaveur prostatique.** - *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 888.

— **Corps étranger (aiguille) de l'urètre.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1000.

— **Taille sous-symphysaire pour corps étrangers de la vessie.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1000.

— **De l'hystérectomie totale et subtotale dans le traitement des fibromes utérins.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1028.

— **A propos de la technique de l'opération pour rupture de l'urètre postérieur.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1060.

1903 — **Plaie simultanée du foie et de l'artère fémorale par balle de revolver.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 1063.

— **A propos de la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1143.

— **Prostatectomie hypogastrique.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1150.

— **Splénectomie pour endothéliome de la rate.**

— **Anévrisme diffus du creux poplité, section de l'orifice circulaire et développement d'un second anévrisme. Résection très étendue de l'artère et de la veine.** Rapport sur deux observations de Lefort (de Lille). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1176.

1904 — **Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire.** Rapport sur une observation de Souligoux. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 49.

— **Appareil de marche pour fracture de cuisse.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 118.

— **Pathogénie de l'hydronéphose intermittente.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 415.

— **Trépanation tardive pour ramollissement cérébral traumatique.** Rapport sur une observation de Ardouin (de Cherbourg). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904 p. 431.

— **Contusion du rein. Néphrotomie. Guérison.**

— **Castration abdominale pour troubles dysménorrhéiques avec imperforation du vagin** (Rapport sur deux observations de Fournier (d'Amiens). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 591.

— **Corps étrangers de la vessie.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 606.

1904 — **Sur la prostatectomie.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 631.

— **Étranglement de l'appendice dans une hernie crurale.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 1037.

1905 — **Deux observations de chorio-épithéliome.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 38.

— **De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 136.

— **Corps étrangers de la vessie** (Rapport sur deux observations de Barnsby (de Tours). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 288.

— **Deux prostates enlevées par la méthode de Freyer.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 302.

— **Luxation antérieure et ancienne du coude.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 396.

— **Luxation récidivante de l'épaule traitée par la capsulorraphie avec fils non résorbables.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 573.

— **De la conservation des ovaires et de l'utérus au cours de l'ablation des salpingites.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 577.

— **Sur les formes anatomiques de la tuberculose du cæcum.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 610.

— **Guérison par la prostatectomie périnéale d'une rétention complète datant de 17 ans.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 863.

— **Sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 974.

1905 — **De la chloroformisation avec l'appareil de Ricard.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 1130.

1906 — **Nouvelle méthode de stérilisation du catgut.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.

— **Calculs mobiles du rein et de l'uretère.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906, p. 357.

— **Gliosarcome du cerveau. Opération. Guérison.** — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.

C. — Société internationale de chirurgie.

1906 — **De la prostatectomie.** — *Société internationale de chirurgie*, Bruxelles, septembre 1905.

— **De l'examen chirurgical des reins.** — *Société internationale de chirurgie*, Bruxelles, septembre 1905.

D. — Congrès d'Urologie.

1896 — **Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sous-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine.** — *Comptes rendus de l'Association française d'Urologie*, 1re session, Paris, 1896.

— **Nouveau procédé d'urétrotomie externe chez la femme. De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.** — *Comptes rendus de l'Association française d'Urologie*, 2e session, Paris, Doin, 1897.

1897 — **Du varicocèle dans les tumeurs du rein.** — *Comptes rendus de l'Association française d'Urologie*, Paris, Doin, 1897.

— **Castration et hypertrophie prostatique.** — 2e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1897, p. 121.

1898 — **Kyste hydatique rétro-vésical.** — 3e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1898, p. 312.

1898 — **Des fistules urétrales chez la femme.** — 3ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1898, p. 312.

1899 — **Des hématuries essentielles** (En collaboration avec M. Malherbe). — Rapport présenté à la 4ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1899, p. 7.

1901 — **A propos du rein mobile.** — 5ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 168.

— **Volumineuse hématonéphrose. Cryoscopie.** — 5ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 484.

— **Rein tuberculeux et rétention rénale simultanés (Tuberculose et hydronéphrose).** — 5ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 493.

1902 — **Urétrotomie externe pour urétrite scléreuse chez la femme.** — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 223.

— **Technique de la taille hypogastrique.** — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 526.

— **A propos de la néphrectomie.** — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 177.

— **Prostatectomie périnéale.** — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 350.

— **Résultats cliniques de la séparation intra-vésicale des urines avec le diviseur gradué** (En collaboration avec M. Cathelin). — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 615.

— **De la séparation intra-vésicale des urines dans les hématuries** (En collaboration avec M. Cathelin). — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 624.

— **Des inconvénients de la séparation intra-vésicale des urines** (En collaboration avec M. Cathelin). — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 627.

— **Une modification à la technique de la taille hypogastrique pour papillome** (En collaboration avec M. Cathelin). — 6ᵉ session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 538.

1903 — **La prostatectomie périnéale.** — 7e session de l'*Association française d'Urologie*, 1903, p. 530.

— **La taille médio-transversale.** — 7e session de l'*Association française d'Urologie*, 1903, p. 592.

— **Des fistules hypogastriques consécutives à la taille.** — 7e session de l'*Association française d'Urologie*, 1903, p. 600.

— **Fistule urinaire à la suite d'une néphrorraphie.** — 7e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 696.

— **L'ouverture sus-pubienne de la vessie pour calculs par abaissement de la verge** (En collaboration avec M. Cathelin). — 7e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 594.

— **Néphrectomie et spermatogenèse.** — 7e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 701.

1904 — **Résultats de la prostatectomie.** — 8e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 327.

— **Interventions pour néphrite hématurique.** — 8e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 680.

— **De l'excrétion des reins malades étudiés avec le diviseur des urines** (En collaboration avec M. Cathelin). — 8e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 621.

1905 — **Des indications dans le traitement chirurgical des tumeurs de la vessie.** — *Association française d'Urologie*, session de 1905.

E. — Congrès français de chirurgie.

1891 — **De la suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique chez l'enfant.** — 6e *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891, p. 388.

1892 — **Hydronéphroses ouvertes et hydronéphroses fermées** (En collaboration avec Albarran). — 6e *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1892, p. 561.

1895 — **Des hernies musculaires.** — 9[e] *Congrès français de chirurgie*, 1895, p. 699.

— **Des opérations testiculaires dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.** — 9[e] *Congrès de chirurgie*, 1895, p. 569.

— **Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère.** — 9[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1896, p. 515.

1896 — **Restauration de l'urètre chez la femme.** — 10[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1896, p. 932.

1897 — **De la néphrotomie.** — 12[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1897, p. 79.

1898 — **De l'hystérectomie abdominale totale dans les lésions suppurées des annexes.** — 12[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1898, p. 225.

— **De l'autoplastie par glissement du sein.** — 12[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1898, p. 660.

1899 — **De l'hystérectomie abdominale totale.** — 13[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1899, p. 211.

— **Du traitement de l'hydrocèle par l'inversion de la vaginale.** — 13[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1899, p. 664.

1901 — **Deux cas d'hépatectomie pour syphilis.** — 14[e] *Congrès français de ehirurgie*, Paris 1901, p. 607.

— **Hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.** — 14[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1901, p. 666.

F. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie.

1899 — **Kystes tubo-ovariens.** — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, Paris, 1899, p. 142.

1900 — **De la récidive des grossesses extra-utérines.** — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1900, p. 324.

1901 — **Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus au hui-**

tième mois de la grossesse. — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1901, p. 19.

1901 — **Kystes dermoïdes tordus chez une petite fille de 11 ans et demi.** — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 22 avril 1901, p. 103.

1903 — **Des ruptures des collections tubaires au cours du palper abdominal.** — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1903, p. 83.

1904 — **Phlegmon périnéphrétique gauche pendant la puerpéralité. Incision. Fistules persistantes. Néphrectomie au cours d'une seconde grossesse** (En collaboration avec Lepage et Couvelaire). — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1904, p. 145.

— **Molluscum pendulum opéré pendant la grossesse** (En collaboration avec M. Morel). — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1904, p. 131.

1905 — **Traitement préventif de l'anurie cancéreuse.** — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1905.

G. — Congrès international de médecine.

1900 — **Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urètre.** — 13e *Congrès international de médecine*, Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 352.

— **Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales.** — 13e *Congrès international de médecine*, Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 43.

— **Intervention dans les tuberculoses urinaires.** — 13e *Congrès international de médecine*, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 136.

— **Réparation des plaies de la vessie.** — 13e *Congrès international de médecine*, Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 165.

— **Fistules vésico-vaginales : Traitement par le procédé du dédouble-**

ment. — 13[e] *Congrès international de médecine*, Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 166.

1900 — **Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique.** — *Rapport présenté au 13[e] Congrès international de médecine*, Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 220.

— **Traitement des rétrécissements de l'urètre.** — 13[e] *Congrès international de médecine*, Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 349.

H. — Société de Biologie.

1896 — **Tuberculose de la parotide** (En collaboration avec M. Maron). — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1896, p. 857 et *Presse médicale*, 1896, n° 57, p. 338.

I. — Académie de Médecine.

1894 — **Anurie calculeuse opérée au 5[e] jour. Incision du rein et extraction d'un calcul urétéral. Suture totale du rein. Guérison.** — *Académie de Médecine*, 1894.

J. — Société de dermatologie et de syphiligraphie.

— **Un cas d'actinomycose cervico-faciale.** — *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 mars 1899.

K. — Congrès de Gynécologie.

1895 — **Des occlusions intestinales post-opératoires.** — *Congrès de gynécologie de Bordeaux*, 1895, et *Gazette des hôpitaux*, 23 novembre 1895.

1896 — **Les escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale.** — *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux*, 1896.

1896 — **Des pyélonéphrites dans leurs rapports avec la puerpéralité.** Rapport présenté à la session de Rouen (9 avril 1904).

IV. — CLINIQUES DU PROFESSEUR GUYON

Diagnostic des calculs du rein. — *Bulletin médical,* 6 décembre 1891.

Leçon d'ouverture du conrs 1892-1893. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1892, p. 892.

Physiologie pathologique de l'hématurie. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1893, p. 882.

Diagnostic des tumeurs vésicales. Manœuvres opératoires. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1894, p. 2.

Sur la libération externe de l'urètre. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1894, p. 82.

Les pyonéphroses. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1895, p. 1.

V. — TRAVAUX PUBLIÉS SOUS MON INSPIRATION OU DOCUMENTÉS PAR DES OBSERVATIONS DE MA PRATIQUE

1895 — Meignan. **Du phlegmon de la cavité de Retzius.** — *Thèse de Doctorat,* 1895.

1896 — Graille. **Des calculs salivaires.** — *Thèse de Paris,* 1896.

— Lanessus. **Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite.** — *Thèse inaugurale,* Paris, 1896.

1897 — Martin. **Traitement des fistules vésico-vaginales.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1897.

1898 — Chevalier. **Technique de l'hépatopexie.** Procédé de Legueu. — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1898.

1898 — AUDEBAL. **De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1898.

— MAILLARD. **De la torsion des salpingites.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1898.

— VALETTE. **Etude sur le cancer secondaire de l'ombilic.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1898.

— CHARTIER. **Propagation du cancer du sein aux vaisseaux axillaires Indications cliniques et opératoires.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1898.

— JEANBRAU. **De la voie sous-péritonéale dans les suppurations du bassin.** — *Thèse de Montpellier,* 1898 (Contient deux observations personnelles de laparotomie sous-péritonéale).

1899 — MASSON. **Hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1899 (Contient onze observations personnelles d'hystérectomie abdominale).

— MORNAC. **De l'hygroma sous-deltoïdien.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1899.

— MOUILLE. **Des kystes kydatiques rétro-vésicaux.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1899.

— CARBONELL. **Les indications de l'astragalectomie dans les luxations irréductibles de l'astragale.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1899.

— MONTANA. **Résultats éloignés des opérations conservatrices.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1899 (Contient deux observations personnelles de salpingostomie).

— PELTRE. **Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1899.

1900 — Mlle WARCHOVSKAIA. **Cancer de l'utérus et compression des uretèrss.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1900.

— TROMBERT. **Du cathétérisme rétrograde de l'uretère.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1900.

— CABANIOLS. **Des kystes tubo-ovariens.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1900.

1901 — Dégardin. **Des tumeurs végétantes de l'ovaire.** *Thèse de Doctorat.* Paris, 1901,

1902 — Decq. **Cerclage de la rotule.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1902.

— Steiner. **Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1902.

1903 — Aupiau. **Contribution à l'étude des plaies de l'artère sous-clavière.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1903.

— Ardilouze. **De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1903.

1905 — Bordessoule. **Phlébite dans l'appendicite à froid.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1904.

— Gras. **Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1904.

— Charrier. **Calculs de la portion pelvienne de l'uretère.** *Thèse de Doctorat,* Paris, 1905.

— Durand. **Du rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.** *Thèse de Doctorat,* Paris, 1905.

1906 — Gloumeau. **Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1906.

— Chevassu. **Tumeurs du testicule.** — *Thèse de Doctorat,* Paris, 1906 (Contient trois observations personnelles de tumeur du testicule).

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

ARTICLE PREMIER

APPAREIL URINAIRE

PREMIER GROUPE. — GÉNÉRALITÉS

Emploi de l'adrénaline dans la chirurgie urinaire.

(En collaboration avec le Dr Pasteau.)

Revue internationale de médecine et de chirurgie, 25 février 1903.

Nous avons employé l'adrénaline à l'hôpital Necker, dans le service de notre maître, M. le professeur Guyon; nous nous sommes servis uniquement d'une solution d'adrénaline de Takamine au 10 000e. Cette solution a été conservée à l'abri de la lumière dans des flacons de verre jaune brun bouchés hermétiquement. Voici les résultats que nous avons obtenus.

Chirurgie rénale. — Appliquée directement sur la substance du rein, l'adrénaline provoque une vaso-constriction des plus nettes; deux fois, nous avons pu nous en convaincre de la manière la plus évidente.

Il est difficile d'indiquer aujourd'hui dans quels cas l'adrénaline pourra ainsi servir; on peut du moins prévoir que lorsqu'on se trouvera en présence d'un rein dont la section donnera beaucoup de sang, on pourra dans quelques cas y avoir recours.

Chirurgie vésicale. — La vessie, beaucoup plus que le rein, peut bénéficier de l'emploi de l'adrénaline. Lorsqu'il existe un saignement intra-vésical assez nettement localisé, l'hémorragie peut diminuer ou disparaître même, momentanément, lorsqu'on injecte dans la vessie vide une certaine quantité de la solution. On comprend l'importance de cette constatation au point de vue de la cystoscopie ; le milieu vésical s'éclaircissant, la cystoscopie devient possible ou plus facile. Nous avons pu dans un cas en particulier l'utiliser de cette manière : il avait été injecté dans la vessie 30 grammes de la solution au dix-millième et on l'y avait laissée séjourner un peu moins de dix minutes.

Pour les hémorragies graves dues à des néoplasmes très étendus, nous avons en vain employé la solution dans deux cas.

Chirurgie prostato-urétrale. — Dans toutes les petites opérations à pratiquer sur l'urètre, l'adrénaline peut rendre les plus grands services en supprimant tout suintement sanguin. Sans compter son utilité incontestable pour la décongestion et la disparition du spasme dans les rétrécissements de l'urètre, on peut dire que l'adrénaline devient le produit indispensable pour l'exécution des petites interventions qui se pratiquent au moyen de l'urétroscope.

Son rôle décongestionnant peut également être utilisé pour le cathétérisme dans les cas difficiles d'hypertrophie de la prostate. L'instillation de quelques gouttes d'une solution au dix-millième ou même au millième au delà de l'urètre membraneux fait disparaître le saignement prostatique et le gonflement de la muqueuse.

De la séparation intravésicale des urines.

(En collaboration avec Cathelin.)

Association française d'Urologie, 1902, p. 615.
Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903, n° 1.
Société internationale de chirurgie, Bruxelles, 1905.

Dès que fut née la méthode de la séparation des urines, je me mis en devoir d'étudier les résultats cliniques qu'elle était capable de donner. Je l'appliquai à Necker avec Cathelin sur un grand nombre de malades, et ce sont ces documents qui forment le fond de ces publications.

Nous avons pu ainsi établir que la séparation pouvait donner presque tous les renseignements exigés pour le diagnostic des affections chirurgicales du rein ; ce sont les suivants :

1° *Localisation par la séparation* d'une tumeur de siège incertain.

2° *Détermination d'une tumeur* localisée du rein : par exemple, diagnostic entre une pyonéphrose et un cancer.

3° *Confirmation du diagnostic de* pyonéphrose et détermination fonctionnelle du rein opposé.

Dans ce cas la séparation est absolument probante : elle donne d'un côté des urines claires (rein sain), et de l'autre du pus ou rien.

4° *Détermination du point* de départ de la suppuration établissant à la fois l'indication ou la contre-indication de l'opération. C'est le problème clinique qui se pose le plus souvent à la séparation ; il y a du pus dans l'urine, d'où vient-il? on sera autorisé à conclure que le pus vient *seulement de la vessie,* lorsque la quantité de pus est à peu près égale, ou que l'analyse histologique démontre à droite et à gauche la même composition.

On sera autorisé à conclure que le pus vient *de la vessie ou des deux reins,* lorsque le culot de pus formé dans les tubes prendra les couleurs du pus verdâtre des pyonéphroses, lorsque la quantité de pus ressemblée dans les tubes ne correspond pas exactement à ce qu'une cystite devrait donner dans le même temps.

On sera enfin autorisé à conclure que le *pus vient de la vessie et d'un des reins,* lorsqu'on constatera une sensible différence dans la quantité du pus et dans l'importance du culot.

5° *Vérification du fonctionnement* d'un rein anciennement opéré et de la perméabilité de l'uretère. Chez un de mes malades, j'ai pu ainsi suivre pas à pas l'oblitération urétérale, chaque séparation nous donnant de ce côté une quantité plus minime de liquide. L'uretère était étouffé dans une masse de sclérose.

6° *Vérification relative des deux reins dans les néphrites médicales.*

7° Enfin un certain nombre de nos divisions ont eu pour but d'étudier le fonctionnement des reins normaux de plusieurs malades au point de vue de la qualité et de la quantité de la sécrétion.

La séparation est donc appelée à rendre de grands services comme moyen d'exploration des reins avec ou sans le concours des autres moyens d'exploration. Sans lui attribuer la valeur du cathétérisme de l'uretère, qui a l'avantage d'une précision indiscutable, nous reconnaissons que pratiquement, dans la grande majorité des cas, la séparation donne des résultats suffisamment nets pour que soient posées nettement toutes les indications de l'opération.

Dans les hématuries cependant, la séparation est inférieure au cystoscope. Quand l'hématurie est franchement et exclusivement rénale, la

séparation donne d'un côté des urines claires et de l'autre des urines colorées. Mais la possibilité d'un saignement unilatéral de la vessie enlève à cette constatation toute valeur absolue.

Des inconvénients de la méthode du cloisonnement endovésical.

(En collaboration avec M. Cathelin.)

6me Session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1902, p. 62.

Cependant toute méthode a ses inconvénients, et, si on les méconnaissait, on s'exposerait à déduire de la méthode de fausses conclusions. Il y a donc à l'emploi de la séparation des contre-indications qui viennent de la vessie ou du malade.

a) De la vessie : c'est la contraction partielle, la déformation vésicale par l'hypertrophie chez l'homme, par l'hystérectomie chez la femme, par les colonnes chez le vieillard. C'est encore le suintement sanguin des vessies irritables ou douloureuses ; c'est encore la cystite très intense avec contraction intense des parois ; c'est aussi et surtout la grande flaccidité de la vessie dans certaines paralysies d'origine médullaire.

b) Du côté du *malade* : c'est le rétrécissement de l'urètre ; c'est aussi l'indocilité de certains sujets.

De l'excrétion des reins malades étudiée avec le diviseur des urines.

(En collaboration avec M. Cathelin.)

8e Session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 621.

Au cours de nos nombreuses divisions d'urine, nous avons été à même de faire d'intéressantes constatations sur le fonctionnement de l'excrétion des reins malades. Le séparateur, en effet, en respectant l'uretère lui-même, en ne touchant pas au conduit excréteur, laisse l'excrétion à l'état libre et permet de voir comment se fait habituellement l'excrétion du rein malade. Or il résulte à ce point de vue de nos constatations que l'excrétion du rein malade est beaucoup plus irrégulière et intermittente que celle du rein sain : il arrive souvent que pendant toute la durée de l'application de l'appareil le rein malade ne donne pas. Nous avons pu d'ailleurs vérifier que ces constatations ne tenaient ni au hasard ni à une défectuosité de l'application de l'instrument. Le rein sain donne pendant ce temps d'une façon régulière et rythmique.

Dans les pyonéphroses, cette intermittence va jusqu'à quelques minutes de durée : les éjaculations uretérales sont espacées de quart d'heure en quart d'heure ou plus encore.

DEUXIÈME GROUPE. — REIN

Exploration intérieure du rein.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1891, p. 59.

C'est une étude comparative des divers procédés d'exploration du rein. Ces procédés diffèrent suivant que le rein est sain ou distendu.

1° *Rein sain ou relativement sain.* — L'exploration sur le rein sain par l'incision faite au bassinet, proposée par Lloyd, est une manœuvre défectueuse et forcément incomplète.

L'incision du rein est la méthode de choix : elle doit être faite sur le bord convexe. Mes recherches m'ont démontré qu'il fallait à l'incision une profondeur de 2 à 2 centimètres et demi pour ouvrir, suivant les cas, les calices des groupes moyen et inférieur, le moyen d'abord, l'inférieur ensuite ; mais le bassinet lui-même n'est pas ouvert, et, au-dessus ou au-dessous de l'ouverture faite au calice, le doigt pénètre et chemine dans le sinus même et à côté du bassinet intact. L'exploration cependant n'en est pas moins complète dans toute la zone moyenne du sinus, et un calcul siégeant à ce niveau ne pourrait rester méconnu.

Mais, dans tous les cas, il est une portion du rein, la supérieure ou l'inférieure, qui échappera à l'exploration et qu'on ne pourrait atteindre que par des incisions isolées.

2° *Rein dilaté et pyonéphroses.* — La dilatation du rein se fait, en général, d'une façon irrégulière : dans la zone moyenne on trouve une poche centrale surmontée de la coque rénale amincie, et autour ou à côté de celle-ci des cavités secondaires, en communication avec la première. La dilatation respecte souvent les extrémités supérieure et inférieure du rein ; et quand, dans une pyonéphrose, il persiste encore du parenchyme à peu près intact, c'est là qu'on le retrouve. La dilatation de la portion centrale refoule insensiblement les deux cornes supérieure et inférieure du rein vers le hile, et il en résulte pour le rein cette disposition sur laquelle M. Guyon a insisté à plusieurs reprises, la forme en fer à cheval. Il faut toujours songer à explorer ces extrémités dans la néphrotomie, parce que des calculs y restent parfois méconnus dans des poches intactes ou insuffisamment ouvertes.

Le cathétérisme rétrograde, qui aurait de grands avantages en ces circonstances pour s'assurer de la perméabilité de l'uretère, est malheureu-

sement difficile. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de le faire avec succès sur le vivant. Mais les recherches auxquelles je me suis livré m'ont démontré qu'aucune règle ne pouvait être fixée pour ce mode d'exploration, et que, l'orifice supérieur de l'uretère étant introuvable et déformé dans la majorité des pyonéphroses, il n'y a pas à conclure d'un cathétérisme infructueux ou d'une tentative avortée que l'uretère n'est pas perméable.

a) Lithiase urinaire.

Lithiase urinaire expérimentale.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 59.

En analysant l'ouvrage de Ebstein et Nicolaïer sur la production artificielle des calculs urinaires, et, plus tard, au Congrès d'urologie (1897), j'ai indiqué le résultat de mes expériences sur ce sujet.

En ingérant, à des animaux, comme le faisaient Ebstein et Nicolaïer, de l'oxamide, j'ai pu reproduire les types de la lithiase rénale avec les divers accidents qui se développent à son occasion, notamment l'hydronéphrose par oblitération urétérale. Les pièces sont déposées dans la collection de M. Guyon à Necker : l'une, entre autres, est particulièrement intéressante. On voit la substance calcaire déposée à la manière de gouttelettes concrètes à l'embouchure des canaux excréteurs du rein sur le calice et le bassinet : c'est donc au sortir du canalicule que le dépôt se forme et se cristallise. Ceci explique d'ailleurs la rareté des calculs développés dans la substance même du rein, dont je n'ai encore vu aucun exemple.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1891.

Sur les conseils et sous la direction de mon maître, M. Guyon, j'ai cherché à grouper dans un seul et même travail tout ce qui se rattache à l'évolution des calculs du rein, et je me suis attaché à distraire, autant que possible, de la lithiase urinaire en général tout ce qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, de la clinique et du traitement, intéresse plus spécialement la chirurgie.

I. — Anatomie pathologique du rein calculeux. — Au type vaguement défini de la néphrite calculeuse, j'ai substitué une classification nouvelle des lésions du rein calculeux ; on avait cru longtemps qu'un

calcul développé dans un rein déterminait dans le parenchyme une série de lésions qui traduisaient l'irritation de l'organe. Il n'en est rien : ce n'est pas le calcul qui fait la lésion, mais la lésion se développe banale, le plus souvent vulgaire et non spéciale, à l'occasion d'une lithiase en évolution.

L'évolution du calcul se fait *septique* ou *aseptique*, et les lésions du rein qui se développent dans l'un ou l'autre cas sont les mêmes que Charcot et Gombault, Straus et Germont, Albarran ont obtenues dans leurs expériences par la ligature septique ou aseptique de l'uretère : lésions d'inflammation et de suppuration dans le premier cas, lésions de dilatation et de sclérose dans le second, tel est, en deux mots, le processus de l'évolution des lésions du rein calculeux.

La présence d'un calcul dans un rein ne modifie par elle-même en rien son volume ni sa configuration. Toutes les fois que le rein calculeux est modifié dans ses caractères extérieurs, c'est non pas au calcul lui-même qu'il faut s'en prendre, mais aux lésions secondaires qui se sont dévéloppées à son occasion.

A. — *Lésions mécaniques. Distension sans suppuration (évolution aseptique).* — Ces lésions comprennent tous les degrés depuis la plus légère dilatation du bassinet et des calices, depuis le simple effacement des papilles, jusqu'à l'hydronéphrose totale avec atrophie complète du parenchyme rénal.

Au point de vue microscopique, ce qui fait la caractéristique de ces lésions, c'est la limpidité aseptique du liquide de distension. Au point de vue histologique, c'est la néphrite non infectieuse, la néphrite de la ligature aseptique de l'uretère.

Le premier degré est constitué par *la dilatation des calices et du bassinet, la néphrite interstitielle et l'atrophie du rein.* L'atrophie survient lorsqu'aux lésions de dilatation vient s'ajouter la prolifération du tissu conjonctif, surtout développée autour des tubes. Si la sclérose prédomine, la distension ne se fait pas ; le rein s'atrophie comme dans la néphrite interstitielle, et on le trouve petit, ratatiné sur le calcul qu'il contient.

Le second degré est constitué par *l'hydronéphrose.* Ici la distension prédomine, consécutive à l'oblitération de l'uretère par un calcul engagé, et le rein se transforme en une vaste poche constituant l'hydronéphrose.

B. — *Lésions inflammatoires et suppuratives (évolution septique).* Les lésions de ce second groupe sont beaucoup plus fréquentes : suivant l'extension des lésions, il est encore plusieurs degrés.

La *pyélonéphrite*, la sclérose rénale sans suppuration, est caractérisée par l'inflammation et la suppuration de la muqueuse du bassinet et des calices, par la réaction conjonctive du parenchyme rénal sans suppuration.

Dans la *pyélonéphrite suppurée* on trouve, avec la suppuration du bassinet, une suppuration disséminée dans le parenchyme rénal.

Lorsqu'aux lésions précédentes s'ajoute un obstacle quelconque à l'écoulement normal du pus de la pyélonéphrite, le bassinet, les calices se dilatent, et la *pyélonéphrite avec rétention et distension, la pyonéphrose* est constituée. C'est le plus souvent le calcul lui-même qui est la cause de la rétention dans les pyonéphroses primitivement calculeuses ; dans les pyonéphroses secondairement calculeuses, c'est l'uretère qui par ses valvules et ses rétrécissements force la rétention.

Enfin le tissu cellulaire périrénal réagit toujours par quelques lésions : *lipomatose* avec envahissement plus ou moins complet du rein, ou *suppuration*, phlegmon périnéphrétique.

II. — Évolution clinique. — Trois ordres de symptômes caractérisent en général la présence d'un calcul dans le rein.

La *douleur* est localisée au côté malade ou irradiée de l'autre côté, ou vers d'autres organes. C'est toujours une douleur *provoquée* par les mouvements, la marche.

Les *phénomènes réflexes* ont été l'objet d'une étude minutieuse : ils sont décrits avec les trois manifestations établies par mon maître : *réflexe réno-rénal, réflexe réno-urétéral et réflexe réno-vésical*, suivant que les irradiations douloureuses se font vers l'autre rein, vers l'uretère ou vers la vessie.

L'*hématurie* est un symptôme constant ; elle n'est caractéristique que parce qu'elle est une hématurie provoquée par le mouvement ; elle cesse ou diminue avec le repos.

A l'occasion des crises, on la voit précéder (hématurie prémonitoire), accompagner (hématurie concomitante) ou suivre l'expulsion du calcul (hématurie consécutive).

III. — Complications. — Pour classer les accidents de la lithiase urinaire, j'ai proposé le groupement suivant, qui a été adopté depuis lors dans les descriptions didactiques. Cette classification peut être appliquée avec avantage à tous les calculs de l'économie (biliaires, salivaires, etc.).

Ce sont : 1° des accidents de *migration* (coliques néphrétiques) ; 2° des accidents d'*obstruction* (anurie, hydronéphrose) ; 3° des accidents d'*infection* (pyélonéphrites, pyonéphroses, phlegmons périnéphrétiques). Toutefois, ces distinctionssont moins tranchées dans la pratique, et souvent, par

exemple, on voit réunis et combinés sur le même malade des accidents d'obstruction et des accidents d'infection.

A propos de la colique néphrétique, j'ai signalé deux faits nouveaux : c'est d'abord l'absence de fièvre, lorsque l'appareil urinaire n'est pas infecté, et c'est ensuite l'existence d'un état douloureux *dans la moitié correspondante* de la vessie, appréciable au toucher rectal, et persistant quelques heures ou quelques jours après l'expulsion du calcul. La raison de cet état douloureux réside sans doute dans des irritations nerveuses, directes ou réflexes.

IV. — Diagnostic. — On peut réduire à trois principales les conditions dans lesquelles se pose le diagnostic des calculs du rein et de leurs accidents.

1° *Il y a des troubles fonctionnels et subjectifs sans tumeur rénale* ; le diagnostic est à faire avec les névralgies superficielles ou viscérales, le cancer du rein et la tuberculose au début.

Souvent le diagnostic est impossible et la seule ressource, c'est de pratiquer l'incision exploratrice ; celle-ci est formellement indiquée toutes les fois que la persistance longue de symptômes fixes dans leurs caractères, constants dans leur reproduction, permet de penser à un calcul du rein.

2° *Il y a tumeur.* En présence d'une pyonéphrose, il n'est aucun caractère qui permette d'affirmer l'existence d'un calcul, primitif ou secondaire : seuls les antécédents des malades permettront de supposer le calcul, dont les signes propres disparaissent toujours derrière ceux d'une pyonéphrose établie.

3° *Il y a anurie avec ou sans tumeur rénale.* Les antécédents du malade et les conditions dans lesquelles est survenue l'anurie permettent de dire si elle est calculeuse, et c'est à l'exploration attentive et soignée du malade que l'on devra demander de préciser le siège de l'obstacle.

V. — Thérapeutique. — Ce chapitre comprend l'étude des indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale, et l'appréciation de ses résultats. Trois cas sont à considérer.

1° *Calcul dans un rein sain de dimensions normales.* — L'incision exploratrice met le rein à nu : le rein est incisé sur son bord convexe. L'opération de choix est la néphrolithotomie avec suture complète du parenchyme. La néphrectomie reconnaît seulement deux indications : la difficulté ou l'impossibilité d'enlever tous les calculs, et l'inutilité évidente pour l'avenir d'un parenchyme rénal atrophié.

2° *Calcul dans un rein abcédé et de dimensions normales.* — Je défends pour ces cas la néphrotomie contre la néphrectomie. L'objection tirée

des opérations incomplètes, ou de la persistance d'une fistule, ne suffit pas à faire rejeter cette opération.

3° *Intervention dans l'anurie et les calculs de l'uretère.* — Je pose ici des conclusions formelles en faveur de l'opération immédiate : depuis lors j'ai eu l'occasion d'y revenir à nouveau.

Suivent les statistiques qui viennent appuyer et défendre ces conclusions thérapeutiques.

La description que j'ai donnée des calculs du rein, la classification que j'ai proposée pour leurs lésions et leurs complications a été reproduite depuis lors dans les traités classiques.

Anurie calculeuse.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895, p. 865.
Journal des Praticiens, 1906, n° 8, p. 118.

Depuis la thèse de Merklen, aucun travail n'avait paru sur l'anurie, la plus grave de toutes les complications de la lithiase urinaire. Quelques interventions seulement avaient été pratiquées tant en France qu'à l'étranger pour lever un obstacle urétéral ou créer une fistule lombaire, lorsque je fus amené, à l'occasion d'une étude sur les calculs de l'uretère, à étudier ce point particulier et très intéressant de l'histoire clinique de l'insuffisance rénale. Déjà dans ma thèse, me plaçant au point de vue purement chirurgical, j'avais posé des conclusions fermes au sujet de l'intervention; depuis lors j'ai poursuivi ces recherches, j'ai eu personnellement l'occasion d'intervenir plusieurs fois dans ces circonstances et de mettre en pratique les conclusions que j'avais nettement formulées dans mon premier travail.

Abandonnée à elle-même, l'anurie détermine la mort à une époque qui varie avec le degré de l'obstruction, la nature des lésions et la tolérance du malade. Cette terminaison survient dans 70 pour 100 des cas environ. Au delà du cinquième ou du sixième jour, les chances de mort augmentent progressivement et à peu près dans une raison proportionnelle à la prolongation de l'anurie.

A cette mortalité effrayante de l'anurie livrée à elle-même, j'oppose les résultats de l'opération, qui est suivie de guérison dans 66 pour 100 des cas.

Pour légitimer l'urgence de l'opération, j'ai établi à l'aide des faits cliniques et des observations anatomiques, que l'anurie calculeuse n'était pas une anurie réflexe, mais qu'elle relevait *d'une obstruction purement*

mécanique. J'ai montré que les anuriques sont des individus dont l'autre rein est supprimé antérieurement et chez lesquels, par conséquent, il n'y a pas lieu d'invoquer l'influence douteuse d'un réflexe d'arrêt sur le congénère. Ce reflexe n'existe pas dans ces circonstances, ou, s'il existe, il s'exerce sur un rein tellement altéré, qu'on ne doit pas en tenir compte et il n'est pas une seule observation anatomique pour prouver dans ces conditions l'intégrité du rein opposé. Tous les faits que j'ai vus depuis mes premières recherches, toutes mes opérations ultérieures m'ont confirmé dans cette notion que le rein opposé est toujours malade ; dès lors, si l'anurie calculeuse résulte d'une obstruction, le seul traitement qui lui convienne, c'est d'aller à la recherche de l'obstacle et de le supprimer pour rétablir le courant urétéral.

L'oblitération urétérale peut se faire sur tous les points du trajet de l'uretère ; cependant, l'analyse de tous les cas connus m'a amené à conclure que dans les deux tiers des cas environ, l'obstacle, c'est-à-dire le calcul, siégeait à la partie supérieure de l'uretère ou dans le bassinet, et que, par conséquent, l'incision lombaire avait les plus grandes chances de conduire directement sur le corps étranger.

Le *diagnostic* de l'anurie calculeuse est parfois très délicat : il en est ainsi en particulier lorsque les malades ont eu si peu de douleurs qu'ils en ont perdu le souvenir ; et la difficulté est d'autant plus sérieuse de préciser lequel des deux uretères a été récemment lésé, que toujours les malades ont eu antérieurement des coliques néphrétiques des deux côtés. J'ai montré que, dans ces cas, il est un élément de diagnostic de grande valeur : la palpation des reins fait percevoir d'un des côtés une résistance de la paroi abdominale, *une contracture de défense*, qui n'existe pas de l'autre côté ; et deux fois sur trois interventions personnelles, je me suis basé sur ce nouveau signe en l'absence de tout commentaire pour choisir le côté à opérer, et ce signe ne m'a pas trompé.

Le *traitement* a été, de ma part, l'objet d'une étude particulière. L'opération, pour être efficace, doit être précoce et précéder la phase urémique : on ne doit pas attendre au delà du cinquième ou sixième jour, et c'est la date ultime au delà de laquelle on ne doit pas retarder l'opération.

Mais l'opération quelle doit-elle être ?

Le traitement de choix, c'est l'incision lombaire qui a l'avantage de permettre à la fois l'exploration du rein et de l'uretère, l'ablation du calcul si on le rencontre, ou la création d'une fistule lombaire, s'il n'est pas rencontré.

Plusieurs fois j'ai eu personnellement l'occasion d'intervenir avec succès dans ces conditions; l'une de ces observations est particulièrement intéressante. Un malade se présenta à Necker en état d'anurie depuis cinq jours : il y avait des antécédents lithiasiques; je trouvai à gauche une résistance spéciale de la paroi et je diagnostiquai une oblitération urétérale récente de ce côté. Le rein gauche fut mis à nu par une incision lombaire, et largement fendu sur son bord convexe. Quelques calculs furent extraits du bassinet. Pour m'assurer de la perméabilité de l'uretère, je fis le cathétérisme rétrograde de ce conduit, et l'explorateur s'arrêta à quelques centimètres au-dessous du rein, en un point où la palpation de l'uretère me donnait une résistance particulière. C'était un calcul : je pus le refouler jusqu'au bassinet et l'extraire. Le rein fut suturé complètement ainsi que la plaie lombaire. Le soir la sécrétion urinaire se rétablissait et le malade guérit.

C'est au moins la première observation dans laquelle on ait fermé le rein et obtenu la réunion primitive malgré la tension à laquelle il était soumis depuis cinq jours. Cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 10 juillet 1894.

Calcul de la portion pelvienne de l'uretère.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXVIII, 1902, p. 1132.

J'ai eu l'occasion d'observer une malade qui pour des douleurs à droite avait été opérée d'appendicite. A la suite de cette opération, les crises se reproduisirent plus intenses et plus fréquentes, s'accompagnant de fièvre et d'hématurie.

Je diagnostiquai un calcul du bassinet et opérai par la voie lombaire. Je trouvai dans l'uretère le calcul que je présentai à la Société de chirurgie, et dont les crises intermittentes avaient fait faire le diagnostic d'appendicite.

Cette observation est donc intéressante par la contribution qu'elle apporte à l'histoire clinique toujours si confuse des calculs urétéraux.

Calculs mobiles du rein et de l'uretère.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1906, p. 357.

Il est dans le rein et l'uretère des calculs mobiles parce que petits : ils passent du rein à l'uretère, descendent jusqu'à la vessie et remontent

ensuite dans le rein sous l'influence d'un changement d'attitude. Dans cette note, je signale ces difficultés que cette variété nouvelle de calculs réno-urétéraux impose à l'opérateur et à l'opération. Sur le malade qui en fait l'objet, les calculs ne furent jamais trouvés à la même place au cours de cinq radiographies successives, et j'ai dû pour les enlever mettre d'abord le malade la tête en bas, et l'agiter par succussion, pour les faire descendre dans le rein où j'eus la satisfaction de les trouver tous les deux.

b) Des rétentions rénales.

Anatomie pathologique et pathogénie des hydronéphroses.

Sixième Congrès français de chirurgie, Paris, 1899, p. 561 (En collaboration avec le Dr Albarran).
Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1904, p. 415.

Dans un premier travail, basé sur des expériences et sur quelques observations cliniques, nous avons voulu : 1° établir l'existence des hydronéphroses primitivement fermées; 2° étudier l'évolution différente des hydronéphroses ouvertes et des hydronéphroses fermées ; 3° présenter quelques remarques sur les rapports des hydronéphroses avec les coudures urétérales.

1° La *ligature complète* d'un uretère chez des chiens, sacrifiés 26 jours, deux mois et quatre mois et demi après la ligature, a produit des hydronéphroses aseptiques, quelquefois considérables et pouvant persister fort longtemps sans atrophie rénale. Dans tous les cas, comme Cohnheim, Strauss et Germont, Albarran l'avaient déjà constaté, l'hydronéphrose est primitive, et l'atrophie du rein, quand elle se produit, n'est que secondaire.

2° Lorsqu'on fait une ligature *incomplète* de l'uretère, on constate un retard sensible dans l'évolution de l'hydronéphrose.

Mais si ces hydronéphroses ouvertes se développent plus lentement, elles acquièrent par contre un volume beaucoup plus considérable que les fermées ; ceci tient à ce que, la pression intra-urétérale étant moindre dans les hydronéphroses ouvertes, le rein s'atrophie plus lentement et continue à sécréter.

Sur un malade opéré par M. Guyon d'une volumineuse hydronéphrose, la néphrectomie transpéritonéale permit d'enlever une poche contenant plus de 1 200 centimètres cubes de liquide. Or l'uretère était *perméable*, et laissait passer une bougie n° 15 ; il y avait encore une certaine quantité de tissu rénal.

Au contraire, une autre pièce concerne un uretère obturé *complètement* à son extrémité vésicale. L'oblitération était ancienne : et sur cette pièce fermée, il y a une hydronéphrose petite avec 180 grammes de liquide seulement.

D'où nous concluons que les hydronéphroses ouvertes marchent plus lentement, mais arrivent à un volume beaucoup plus considérable que les hydronéphroses fermées.

3° Toute hydronéphrose déterminée par un obstacle au cours de l'urine siégeant dans l'uretère depuis quelques centimètres au-dessous du rein jusqu'à son extrémité vésicale *s'accompagne d'une coudure* à disposition presque toujours typique siégeant au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Par suite de l'excès de tension l'uretère, en effet, se dilate et s'allonge : il doit donc s'infléchir.

Ces coudures urétérales, consécutives à l'hydronéphose, sont absolument indépendantes de tout déplacement du rein : elles ne gênent pas le cours de l'urine. Dans quelques cas cependant la coudure peut déterminer la formation d'une sorte de valvule, qui rétrécit alors l'orifice d'abouchement de l'uretère dans le bassinet : il en était ainsi sur une de nos pièces.

Ces coudures *secondaires* sont à distinguer des coudures *primitives*, au point de vue de la pathogénie de l'hydronéphose : pour que la coudure puisse être considérée comme la cause de l'hydronéphose, il *faut bien établir que la portion coudée n'est pas dilatée.*

En ce qui concerne l'influence pathogénique des coudures primitives, j'ai montré que les unes étaient congénitales et les autres acquises. Celles-ci sont consécutives au rein mobile souvent, mais non toujours ; et je respecte la théorie qui fait de la mobilité la conséquence d'une hydronéphrose au début. Le cathétérisme urétéral m'a permis en effet de découvrir au cours du rein mobile des rétentions douloureuses mais si légères qu'elles ne peuvent aucunement par leurs poids entraîner la ptose du rein.

Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1904, p. 1361.

Dans ce mémoire je m'attache à montrer que les rapports d'une hydronéphrose et d'une artère qui passe au contact du bassinet et coude l'uretère sont de deux ordres : tantôt l'inflexion de l'uretère

sur le vaisseau est la conséquence de l'hydronéphrose, et tantôt, au contraire, l'inflexion de l'uretère sur l'artère est bien la cause, *cause réelle de l'hydronéphrose*.

Je rapporte quelques observations très démonstratives à ce point de vue et je déduis de ces observations les caractères anatomiques qui pourront à l'avenir permettre d'établir cette dépendance.

D'abord, la dilatation de l'uretère commence juste au-dessous de l'empreinte que la place du vaisseau laisse sur la paroi urétérale : si l'on suit l'uretère de bas en haut jusqu'à ce niveau, on le voit arriver à l'obstacle avec un calibre normal ; il se rétrécit juste au niveau par suite de la coudure ou de l'inflexion et au-dessus, immédiatement au-dessus, il est dilaté.

Ensuite, on ne trouve sur l'uretère aucune autre cause d'uronéphrose, aucun autre obstacle. En suivant l'uretère jusqu'au bassinet, ou en observant le bassinet lui-même, on ne trouve aucun autre obstacle, aucune autre cause d'hydronéphrose que la coudure artérielle.

Enfin, en troisième lieu, le rôle primordial de l'artère est encore prouvé par ce fait que la suppression du vaisseau a suffi pour guérir les malades. Sans doute, dans ces cas, on fixe le rein. Mais si l'hydronéphrose avait sa cause dans une disposition congénitale et par conséquent fixe de l'uretère, plutôt que dans un contact artériel, il ne suffirait plus de redresser le rein pour obtenir la cure de l'hydronéphrose et les accidents continueraient après l'opération.

Des rétentions rénales à la suite de l'hystérectomie vaginale.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1906.

J'ai vu quatre fois, au lendemain de l'hystérectomie vaginale, des crises de rétention septique se faire sur le rein droit sans que les uretères aient été pincés, sans qu'ils aient été jamais blessés par les pinces. Ces crises se produisaient entre le onzième et le dixième jour, se caractérisaient par une douleur et une tuméfaction rénale, des vomissements, une fièvre élevée, des urines troubles : et le cathétérisme de l'uretère, une fois au moins, me montra qu'il ne s'agissait pas d'appendicite, mais que le rein était bien en cause.

La pathogénie de cet accident est délicate à définir : je pense cependant qu'il résulte d'abord de la présence d'une sonde à demeure dans la vessie, d'une préparation du rein à l'infection par la compression d'un fibrome par exemple : enfin il n'est pas impossible que les pinces modi-

fient, déplacent les uretères, changent leur situation réciproque sans les blesser positivement.

Le pronostic ne fut pas grave et toutes mes malades ont guéri rapidement : je n'ai pas pu savoir ce qu'elles étaient devenues ultérieurement.

Rein tuberculeux et rétention rénale simultanée (Tuberculose et hydronéphrose)

5e session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1901, p. 493.

J'ai observé sur le même rein des lésions de tuberculose et d'hydronéphrose ; c'est une pièce très rare. Je rapporte l'observation de la malade qui s'était présentée avec les signes d'une uropyonéphrose droite, sans que j'aie pu soupçonner la tuberculose. Et ce n'est qu'après avoir enlevé le rein que j'ai trouvé au centre d'une hydronéphrose très nette trois cavernes tuberculeuses.

Ici la tuberculose était venue se greffer sur une hydronéphrose préexistante et, profitant de cette occasion, j'essaie de définir ce qu'on entend par hydronéphrose tuberculeuse.

Il y a sous ce titre trois catégories de lésions :

1° *Des faits où la tuberculose existe dans l'uretère ;*

2° *Des faits dans lesquels la tuberculose existe à la fois dans le rein et dans l'uretère ;*

3° *Des faits dans lesquels la tuberculose existe dans le rein,* alors qu'un *rétrécissement indépendant de l'uretère* fait la dilatation du bassinet.

En résumé, il y a toujours hydronéphrose et tuberculose, quelquefois hydronéphrose par tuberculose, mais jamais hydronéphrose tuberculeuse.

Volumineuse hématonéphrose gauche. Cryoscopie.

5e session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1901, p 484.

A propos d'une volumineuse hématonéphrose qui fut prise pour un kyste de la rate et que j'eus l'occasion d'opérer en 1901 à l'Hôtel-Dieu, j'ai étudié avec Hallion la cryoscopie de ces grandes poches liquides rénales.

La cryoscopie a dans ces cas une valeur diagnostique et pronostique. Elle peut contribuer au diagnostic, car si le Δ était, à la ponction, supérieur à 0,55, on pourrait presque conclure qu'il s'agit d'une hydronéphrose ; car les autres épanchements pathologiques étudiés jusqu'aujourd'hui n'ont que peu différé du Δ du sang.

Elle a aussi une valeur pronostique : car l'élévation du Δ étant en

proportion directe de l'intégrité de l'épithélium rénal, on sera d'autant plus autorisé à espérer et à favoriser le retour de la fonction rénale que le Δ se sera montré plus élevé au-dessus de o, 55.

Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales.

13ᵉ Congrès international de médecine. Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 44.

J'expose ici le résultat de ma pratique en ce qui concerne ces opérations. Au point de vue des *indications*, je réserve les opérations conservatrices aux rétentions rénales de petit volume. Quand le rein est très volumineux et très distendu, les opérations conservatrices ne m'ont pas donné de bons résultats.

Quant à la voie à suivre, je préfère la voie *lombaire*, plus sûre, puisqu'elle met à l'abri du péritoine.

Enfin je préfère les anastomoses latéro-latérales aux anastomoses termino-terminales ou même *termino-latérales*.

c) Rein mobile.

Anatomie pathologique du rein mobile.

Bulletins de la Société anatomique, 1895. LXXᵉ année, 3ᵉ série, t. IX. p. 565.

J'ai eu l'occasion de rencontrer sur un cadavre deux reins mobiles et j'ai profité de ce cas pour étudier certains détails anatomiques sur lesquels il n'existait aucune notion ni dans les ouvrages classiques, ni dans les monographies particulières.

Les modifications qui se passent du côté de l'extrémité supérieure de l'uretère sont surtout intéressantes ; elles permettent de saisir le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente. Voici ce que j'ai constaté :

1° Quand le rein se mobilise, l'uretère se mobilise également à sa partie supérieure ; *à la mobilité du rein correspond en général un déplacement proportionnel de l'extrémité supérieure de l'uretère.*

2° En même temps qu'il se déplace, l'uretère se coude : mais *ces coudures sont intermittentes*, elles cessent avec l'abaissement qui les produit.

3° *Ces coudures ne sont pas oblitérantes* ; une injection de liquide faite à travers le rein dans le bassinet redresse les courbures et passe facilement dans l'uretère.

4° Mais si la coudure n'est pas oblitérante, elle peut le devenir : il faut pour cela qu'elle *cesse d'être mobile*, il faut *qu'elle soit fixée* : et cette fixité

se réalise soit par une sclérose périurétérale, soit par une inflammation propre de la paroi urétérale.

Dans le rein mobile, l'hydronéphrose résulte donc de ce que l'extrémité supérieure de l'uretère a perdu en un point sa mobilité, et que la fixité secondairement imposée à une de ses coudures l'a rendue partiellement oblitérante.

J'ai pu vérifier sur une malade cette filiation des accidents. Une malade, que j'ai suivie plusieurs années, avait une hydronéphrose intermittente des plus nettes dans un rein mobile. Un jour les accidents devinrent plus pressants. Je pratiquai la néphrectomie et je trouvai une hydronéphrose causée par un rétrécissement de l'uretère à sa partie supérieure. Sous l'influence d'une inflammation légère et lente, la coudure et la valvule, qui en était la conséquence, s'étaient transformées en une sténose oblitérante.

Fistule urinaire à la suite d'une néphrorraphie.

7[e] session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1903, p. 696.

C'est encore un accident rare, mais très désagréable, que je signale ici à la suite de la néphrorraphie. La fistule urinaire résulte de l'infection légère du bassinet : un fil passe dans un calice, y puise un peu d'infection. Par lui, le tissu cellulaire périrénal est contaminé et la fistule est installée. J'ai pu suivre sur une de mes malades cette évolution et j'ai dû plus tard enlever le rein qui était le point de départ de cette fistule.

Avant donc de fixer un rein mobile atteint de pyélonéphrite — c'est la conclusion pratique qui se dégage de cette observation — il faut y regarder à deux fois et se tenir très près du bord convexe afin de ne pas être amené à introduire un des fils à travers des calices.

d) Tumeur du rein.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.

Presse médicale, 17 août 1895, p. 321.
2[e] session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, Doin, 1897.

J'ai cherché à élucider la pathogénie du varicocèle symptomatique des tumeurs du rein. Cette question n'avait, à ma connaissance du moins, fait l'objet d'aucun travail, depuis que M. Guyon avait signalé la valeur clinique de ce symptôme.

On attribuait la production du varicocèle à la compression par la tumeur des veines spermatiques. En me basant sur les documents cliniques et les pièces anatomo-pathologiques que j'avais trouvés dans le service de mon maître M. le Pr Guyon, j'ai établi que, tout au contraire, le varicocèle n'affectait aucun rapport avec le volume de la tumeur, mais qu'il reconnaissait pour cause *la compression des veines spermatiques par l'adénopathie prévertébrale.*

Tous les faits que j'ai observés depuis mes premières recherches m'ont confirmé dans cette manière de voir. Et récemment, sur un malade que j'ai opéré et dont l'observation fait la base de la thèse de mon élève Hauser, j'ai pu faire des constatations précises : le varicocèle était énorme : dans le rein il n'y avait qu'un noyau épithélial; mais, au contact du rein, des ganglions dégénérés formaient une masse énorme.

Cette conception de la pathogénie du varicocèle dans les tumeurs malignes du rein est d'une grande importance ; le varicocèle, en effet, n'a plus seulement la valeur diagnostique sur laquelle M. Guyon le premier avait insisté ; il comporte un élément pronostique de la plus haute valeur. Il indique que les ganglions sont pris ; et alors, ou bien il ne faut pas opérer, ou bien, si on opère, on doit poursuivre les propagations ganglionnaires dont le varicocèle est la manifestation extérieure et visible.

De la néphrectomie dans les tumeurs du rein.

6e session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1903, p. 179

L'opération dans le cancer du rein doit être *précoce* : sur ce point tout le monde est d'accord.

Mais aussi elle doit être *large* et, sur ce point, on l'était beaucoup moins au moment où j'ai commencé mes premières recherches sur les rapports du varicocèle avec les adénopathies cancéreuses.

J'ai été un des premiers à réclamer pour les cancers du rein les ablations larges dont bénéficient les autres organes, et dont, jusqu'alors, on ne s'était jamais occupé ; j'ai demandé que, en même temps que la tumeur, on enlevât ses propagations immédiates et proches.

Quand il y a des ganglions, ou il ne faut pas opérer, ou, si on opère, il faut les enlever.

Il ne faut pas opérer, quand les masses ganglionnaires sont volumineuses, car on risque de ne pouvoir faire une opération complète.

Par contre, si on opère, il faut, pour faire une opération complète, chercher à enlever les ganglions.

Et pour moi, quand il y a varicocèle, avec une tumeur petite, je me préoccupe des ganglions, je les recherche et je les enlève.

A plusieurs reprises, j'ai pu ainsi enlever des masses ganglionnaires situées au voisinage d'une tumeur du rein et dont le varicocèle m'avait révélé la présence.

L'impulsion, d'ailleurs, que j'ai donnée à ce côté de la question n'a pas été vaine ; c'est à mon instigation que mon élève Grégoire a commencé et continué ses recherches qui ont abouti à un nouveau procédé de néphrectomie latérale (thèse de Paris, 1904). Ce procédé permet d'enlever en bloc et sans morcellement la tumeur, la capsule (propagation immédiate) et les ganglions (propagation éloignée). J'ai, le premier, à Necker, utilisé sur le vivant ce procédé excellent et pu me rendre compte qu'il donnait un jour supérieur à tous les autres et permettait cette ablation massive qui est de plus en plus nécessaire pour les tumeurs malignes.

d) Néphrite et pyélonéphrite.

De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité.

Rapport présenté au *Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique, et de Pædiatrie de Rouen*, 10 avril 1904.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, avril 1904.

Il est des pyélonéphrites qui naissent pendant la puerpéralité sur un rein jusqu'alors intact. Leurs lésions sont préparées et entretenues par la grossesse elle-même ; et lorsqu'avec l'évacuation de l'utérus cesse la compression de l'uretère, la pyélonéphrite disparaît, à moins que les lésions ne soient trop intenses ou trop profondes. L'existence de ces pyélonéphrites est donc immédiatement et directement liée à la puerpéralité ; leur histoire commence toujours et finit souvent avec la grossesse, dont elles sont une complication ; et pour caractériser cette union intime, cette solidarité, on les dit « gravidiques ».

Il est aussi, pendant la grossesse, des pyélonéphrites d'un autre genre. Une femme dont le rein est déjà malade devient enceinte : la lésion rénale n'est plus ici sous la dépendance de la puerpéralité ; elle avait avant le développement de l'utérus une existence autonome, elle la continuera plus tard. La grossesse peut tout au plus modifier momentanément les allures de la pyélonéphrite ; elle agit comme une complication transitoire, mais elle ne commande ni le développement ni la guérison de la lésion rénale.

Pyélonéphrites consécutives et pyélonéphrites préexistantes à la grossesse : c'est à ce double point de vue que je me place pour apprécier dans ce rapport les relations de la pyélonéphrite et de la puerpéralité.

En ce qui concerne les premières, je montre que l'influence aggravante attribuée à la grossesse n'est pas toujours exacte et qu'il est des malades chez lesquelles une pyélonéphrite antérieure, à condition qu'elle soit déjà ouverte et fistulisée, n'apporte aucune modification. Je relate l'observation d'une malade qui, quelques années après une néphrectomie droite, dut subir la néphrostomie du rein gauche pour des accidents d'anurie. Elle conserva, de ce côté, une fistule uropurulente, et depuis lors toutes les urines passent par la plaie lombaire. Eh bien ! malgré cela, cette malade est devenue enceinte, sa grossesse a été menée à terme, sans incident, et l'accouchement s'est bien passé malgré que son rein fût unique, infecté et fistuleux. Et je ne pense pas qu'il y ait une observation plus précieuse pour montrer que, dans un rein préalablement infecté, la fistule est une sauvegarde contre les accidents que la grossesse pourrait entraîner.

Quant aux *pyélonéphrites développées sous l'influence de la grossesse*, je reprends leur histoire complète et cherche à déduire des constatations anatomiques, opératoires ou nécropsiques, des notions utiles concernant la pathogénie et surtout la thérapeutique de cette affection.

Je résume ici seulement les conclusions thérapeutiques qui se dégagent de mon rapport.

Plusieurs cas sont à considérer. Voici d'abord celui d'une *pyélonéphrite apyrétique* sans accident, sans complication. Le traitement médical s'impose ; il est seul de mise en pareil cas. Avec une hygiène appropriée et un régime convenable, en évitant la fatigue, en utilisant le décubitus latéral intermittent, on doit obtenir et on obtient le résultat désirable. On prévient les accidents, on maintient la pyélonéphrite à un niveau qui ne lui permet pas de nuire beaucoup, parfois même on la guérit complètement pendant la grossesse.

Voici maintenant *une pyélonéphrite gravidique compliquée de fièvre*. Ici encore le traitement médical est le premier et, pendant longtemps, sera le seul à mettre en vigueur. Ce qu'il faut savoir et ne pas se lasser de redire, c'est qu'un grand nombre de ces pyélonéphrites, malgré des manifestations bruyantes, n'entravent pas la grossesse et ne compromettent pas l'existence de la mère ; il ne faut donc pas se laisser impressionner trop vivement par des réactions plus tapageuses que graves, ni se hâter de recourir trop tôt à des moyens dont la nécessité ne se fait pas immédiatement sentir.

C'est dans ces cas, où l'infection s'accompagne en général de rétention, qu'il sera bon de recourir à la dilatation de la vessie. Grâce à ce moyen, on verra quelquefois de violentes et effrayantes poussées de température cesser rapidement et la maladie reprendre son cours régulier.

J'en arrive alors à des cas *graves et complexes* ; ce sont ceux dans lesquels la gravité de l'infection et, surtout, la persistance de la fièvre ont si profondément troublé la santé, qu'il faut absolument intervenir pour sauver la mère et l'enfant. Dans ces conditions, quel parti doit-on prendre ?

Je crois ici nécessaire d'établir une première catégorie et d'envisager successivement les cas où la pyélonéphrite est bilatérale et ceux où elle ne l'est pas.

a) Lorsque la lésion est *bilatérale* et que les accidents par eux-mêmes comportent une indication, c'est à l'accouchement prématuré qu'il faut avoir recours.

Il n'entrave qu'une grossesse déjà compromise par l'infection persistante. Il permet d'éviter des complications, telles que l'albuminurie ou la congestion pulmonaire, qui ne manqueraient pas de se produire avec une lésion bilatérale, et enfin, en décomprimant les uretères, il met fin aux accidents infectieux.

b) Lorsque la pyélonéphrite est *unilatérale*, il n'en va plus de même. La lésion est localisée ; une seule opération suffit à l'atteindre et à la drainer ; l'opération n'est pas grave pour la mère ; elle n'est pas de nature à modifier le cours de la grossesse. Ici donc le traitement chirurgical reprend ses droits ; la néphrostomie est préférable à l'accouchement prématuré.

Il faut cependant considérer à part les cas où les accidents qui forcent à intervenir se montrent dans les premiers mois ou dans les dernières semaines de la grossesse.

Lorsque la grossesse est à son milieu, à une époque où le fœtus n'est pas viable, ou quand un peu plus tard il ne l'est que dans des conditions assez précaires, la néphrostomie est sans conteste l'intervention de choix, puisque seule elle pare aux accidents en cours sans compromettre la grossesse ni la vie de l'enfant.

Au contraire, dans les dernières phases de la grossesse, plutôt que d'ouvrir le rein chez une malade qui est à la veille d'accoucher, je préférerais recourir à l'accouchement prématuré. La vie de l'enfant est assurée et la lésion, par ailleurs, sera très heureusement modifiée par l'accouchement. Et si elle ne l'était pas, il y aurait encore la ressource de pratiquer pen-

dant les suites de couches, mais avec moins de risques, l'opération de la néphrostomie.

Phlegmon perinéphrétique pendant la puerpéralité.

(En collaboration avec Lepage et Couvelaire.)

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, mai 1904, p. 145.

Ce phlegmon est l'épilogue d'une pyélonéphrite de la grossesse : il fut opéré pendant les suites de couche et laissa une fistule purulente. Je fus obligé d'intervenir à nouveau pour cette fistule et de pratiquer une néphrectomie pendant une seconde grossesse qui ne fut pas entravée ; et ce fait vient prouver à nouveau la bénignité des opérations même graves pratiquées pendant la grossesse.

Interventions pour néphrites hématuriques.

8e session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1904, p. 680.

J'ai eu trois fois à traiter des hémorragies graves ou rebelles du rein par l'intervention chirurgicale, néphrotomie ou décortication. Ces observations, qui sont de nature à déterminer la valeur de la décapsulation dans le traitement des néphrites médicales, font l'objet de cette communication.

L'intervention est nécessitée par l'abondance de l'hématurie qui peut compromettre la vie. La néphrectomie, par ailleurs, est absolument contre-indiquée ; et c'est à la décapsulation et à la néphrotomie qu'il faut avoir recours simultanément. La néphrotomie me paraît indispensable comme opération exploratrice ; elle a, en outre, une action immédiate sur la congestion qu'elle diminue. Mais à distance, son action se perd, le rein se referme, et la tension vasculaire peut s'y reproduire.

C'est pour suppléer la néphrotomie à cette date éloignée, que je crus bon de faire aussi la décapsulation : une de mes observations établit nettement cette influence de la décapsulation à date éloignée : une de mes malades saignait des deux reins. Elle ne fut opérée que d'un côté : or, quinze mois après, elle saignait encore, mais c'est le rein non opéré qui était le point de départ de cette hématurie.

Des hématuries essentielles.

Rapport présenté à la 4e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899.

Dans ce rapport, publié en collaboration avec le Dr Malherbe (de

Nantes), nous nous attachons à détruire la légende des hématuries prétendues essentielles.

Après avoir réuni toutes les observations publiées sous ce titre, nous classons ces faits en deux catégories : 1° des faits purement cliniques, susceptibles de plusieurs interprétations et dont pas un seul ne peut servir à édifier la doctrine de l'hématurie essentielle ; puis 2° des observations anatomiques avec lésions.

Ces dernières seules sont utilisables pour la discussion. Et lorsqu'on examine ce groupe, les observations dans lesquelles on a trouvé soit un petit calcul, pour expliquer l'hématurie, soit un noyau tuberculeux, soit une sclérose rénale, soit le rein mobile, soit la grossesse, on reste en présence de cinq observations pour lesquelles la *constatation anatomique a été faite et est restée négative*. Or, sur ces cinq observations, trois fois la néphrotomie seule fut pratiquée (Broca, Loumeau, Debersarque), le rein a paru sain, mais n'a pas été examiné histologiquement, et nous pouvons nous demander s'il n'existait pas des lésions inappréciables à l'œil et dont le microscope aurait révélé la présence.

Il ne nous reste donc que les deux observations de Klemperer et de Max Schede, dans lesquelles le rein fut trouvé sain, même à l'examen histologique.

Nous ne pensons pas que deux observations, même appuyées sur les quatre autres douteuses qui les précèdent, soient suffisantes pour baser et établir la théorie de l'hématurie essentielle par angionévrose.

Et nous pouvions conclure : les hématuries essentielles n'existent pas. Toutes les hématuries sont symptomatiques et relèvent d'une cause générale (soit aiguë ou infectieuse), ou d'une affection locale.

Névralgies rénales.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre et novembre 1891.

La névralgie rénale existe ; une observation célèbre de Maurice Raynaud en témoigne : il s'agissait d'un ataxique.

Mais en dehors des affections du système nerveux, elle est rare ; quelques observations tout au plus ont été publiées. On opérait pour un calcul : le calcul n'est pas trouvé. Le malade continue à souffrir, on enlève le rein, et on n'y trouve aucune lésion. Voilà comment plusieurs fois les choses se sont passées.

Et plusieurs de ces faits ont été depuis vérifiés comme constitués par des néphrites partielles.

Dans ce mémoire, j'ai réuni et colligé toutes les observations connues, et j'ai essayé de définir provisoirement ce type clinique de la névralgie réno-urétérale, tout en faisant remarquer que ce cadre serait un jour démembré grâce aux progrès de l'anatomie pathologique.

De l'anurie par cancer de l'utérus.

Leçons de clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu. 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 323.
Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 1905.

J'ai opéré à plusieurs reprises, par la néphrostomie, des malades atteintes de cancer de l'utérus et d'anurie : et j'ai eu dans ces conditions des survies variables comme durée suivant les conditions dans lesquelles était pratiquée l'opération.

Dans ces travaux, je me suis attaché à montrer qu'il y avait des *anuries précoces* qui se produisent relativement de bonne heure avec un cancer qui, quoique propagé, n'a encore que peu retenti sur l'état général, et des anuries *tardives, ultimes* chez des malades amaigries, cachectiques, intoxiquées. Dans ce cas, l'opération ne donne qu'un résultat bien médiocre ; dans le premier cas, au contraire, j'ai eu des survies prolongées et une de mes malades a vécu ainsi pendant cent cinquante-sept jours après la néphrostomie.

Le résultat sera d'autant plus favorable, c'est-à-dire que la survie sera d'autant plus prolongée que l'opération aura été relativement plus précoce. Dans certains cas, en effet, j'ai vu des reins ouverts continuer à refuser la sécrétion ; la compression avait commencé, la néphrite toxique faisait le reste. Aussi bien j'ai demandé que la néphrostomie fût pratiquée dès les premières manifestations, avant l'anurie, au premier signe de la souffrance rénale chez une malade atteinte de ces cancers pelviens qui, par leur forme et leurs extensions, sont plus que tous les autres portés à faire des compressions sur les uretères.

Une fois, j'ai vu une malade dans cet état : elle avait un cancer pelvien, elle urinait encore, mais un de ses reins était gros. J'eus l'idée de l'opérer par la néphrostomie. Un mois après, les urines se supprimaient par la vessie et cette malade n'urinait plus que par la plaie rénale que je lui avais créée. J'avais donc le droit de la considérer comme en état d'anurie. Or, elle a vécu ainsi pendant 313 jours et je ne dois cette survie plus longue que les autres, qu'à ceci : c'est que j'ai mis, par une néphrostomie précoce, le rein à l'abri de la tension, de la distension, c'est-à-dire de la néphrite

toxique, et je réclame à l'avenir cette opération précoce d'où résultera pour les malades une survie prolongée.

TROISIÈME GROUPE. — VESSIE

Sonde à demeure et infection urinaire.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, janvier 1893.

Les faits consignés dans ce travail sont tirés de la pratique et de l'enseignement de M. le Pr Guyon.

La sonde à demeure est un des moyens les plus énergiques dont nous disposons pour traiter l'infection urinaire.

La fièvre, qui est l'une des manifestations de cette infection, se produit chez les urinaires dans deux conditions : elle est *spontanée* ou elle est *provoquée*.

Spontanée, elle se montre en dehors de tout traumatisme urétral ; elle tient à l'évacuation incomplète de la vessie et à la rétention d'une urine septique ; si la vessie ne peut se vider, il y a indication de suppléer à son insuffisance par une évacuation intermittente, par des cathétérismes répétés. Mais, dans certains cas, malgré les cathétérismes, la fièvre persiste ou s'exagère : c'est alors que la sonde à demeure trouve ses indications et donne de très bons résultats. Un malade, dont je rapporte l'observation, prostatique infecté, était arrivé à un état des plus alarmants, malgré des cathétérismes répétés. Sous l'influence de la sonde à demeure, la fièvre cessa, et le malade revint vite à la santé.

Provoquée, la fièvre succède à des traumatismes du canal (cathétérisme, exploration, etc.) ; au contact de ceux-ci les éléments septiques de l'urine trouvent une porte d'entrée dans la circulation. La sonde à demeure dans ces cas joue un rôle de protection pour le canal, en même temps qu'elle permet de désinfecter d'une façon presque continue le milieu vésical septique.

Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine.

1re session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1896.

Dans cette communication, j'ai envisagé à l'aide de mes observations personnelles la valeur comparative et les indications de la ponction sus-pubienne et de la cystotomie.

Chez les prostatiques, en rétention aigüe, la ponction m'a paru très utile pour parer aux accidents immédiats. L'incision sus-pubienne me semble indiquée seulement dans trois circonstances : quand il y a fausse route, quand il y a infection, ou enfin, lorsque, malgré les ponctions, le canal reste imperméable.

Dans les rétentions par obstacle urétral, rétrécissement ou rupture, le traitement direct par l'urétrotomie externe constitue la méthode de choix, toutes les fois que le cathétérisme est impossible et que la nature des accidents ne permet pas de différer l'intervention. La ponction hypogastrique ne peut alors servir qu'à différer de quelques heures cette opération.

L'incision sus-pubienne, au contraire, constitue une ressource précieuse, un expédient auquel on peut avoir recours secondairement pour les obstacles siégeant sur l'urètre antérieur, et principalement pour ceux qui siégent sur l'urètre postérieur. Dans le premier cas, l'opération portant sur le périnée permet presque toujours, si elle est bien conduite, de trouver le bout postérieur ; mais, si les recherches sont infructueuses, on incise la vessie pour terminer rapidement, par le cathétérisme rétrograde, une intervention qui menaçait d'être trop longue. J'ai pratiqué une fois cette cystotomie secondaire, et j'ai pu terminer rapidement et dans de bonnes conditions l'opération.

Pour les obstacles de l'urètre postérieur, les recherches par le périnée, lorsqu'elles ne sont pas dirigées par un conducteur, menacent de s'éterniser, qu'il s'agisse de traumatisme récent par fracture du bassin ou de rétrécissement traumatique, et le cathétérisme rétrograde à travers la vessie me paraît un expédient utile, auquel on peut avoir recours de prime abord dans tous les cas. J'ai pratiqué quatre fois cette incision sus-pubienne primitive pour traiter des rétrécissements infranchissables, ou des ruptures de l'urètre postérieur, et je considère cette conduite comme la méthode de choix.

Enfin, quelle que soit la nature de l'obstacle, lorsque la gravité des accidents généraux contre-indique absolument une opération longue et délicate comme l'urétrotomie externe, la cystotomie primitive s'impose comme le premier temps d'une opération qui ne sera complétée que plus tard, alors que l'état général devenu meilleur le permettra.

Deux observations de corps étrangers de la vessie.

Rapport sur deux observations de Barnsby (de Tours).

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXXI, 1905, p. 288.

Dans ce rapport, où je relate deux observations de corps étrangers

adressées à la Société par le Dr Barnsby (de Tours), je relate deux observations personnelles de perforation de la cloison vésico-vaginale par des épingles à cheveux introduites dans la vessie. Ces corps étrangers qui sont parfois si simples à extraire nous imposent, d'autres fois, des difficultés d'extraction considérables et dont on ne vient à bout que par la taille hypogastrique : celle-ci est l'opération de choix dans ces cas compliqués de corps étrangers de la vessie avec péricystite.

Corps étrangers de la vessie.

Bulletins de la Société anatomique, 1894, p. 137.

Il s'agit d'une aiguille à repriser, longue de 8 centimètres et très pointue à son extrémité, qui, introduite dans la vessie, y séjourna deux ans et détermina la formation d'un calcul secondaire.

Elle fut extraite par la taille hypogastrique : le calcul s'était développé autour de l'aiguille comme axe, et la pointe acérée de l'aiguille implantée dans la paroi même de la vessie avait déterminé la production d'une péricystite intense.

Au point de vue clinique, il est un fait à relever dans cette observation : c'est la situation haute du calcul dans la vessie. Le calcul, en effet, était suspendu en haut de la vessie, par l'implantation de l'aiguille dans les parois ; et toutes les fois qu'on constate un calcul vésical, qui à l'exploration se maintient toujours dans une situation élevée, il faut se défier d'une cause anormale. C'est cette particularité qui, dans le cas actuel, permit de soupçonner l'existence d'un corps étranger malgré les formelles dénégations du malade.

Du drainage périnéal dans les cystites rebelles.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895, p. 1065.

Pendant mon clinicat à Necker, je vis M. Guyon pratiquer pour la première fois le curettage de la vessie chez l'homme par le périnée. Frappé des avantages de la nouvelle méthode, je l'appliquai sur les conseils de mon maître à plusieurs des malades de son service. Ce sont ces observations avec les commentaires qu'elles comportent qui forment le fond de ce travail.

Trois de mes malades, atteints de cystite rebelle à tous les traitements, retirèrent de cette opération un bénéfice considérable : pour l'un d'eux, on pouvait parler de guérison ; pour les deux autres, il y eut une grande

amélioration. Aussi, sans vouloir préconiser la taille périnéale dans toutes les cystites, je concluais simplement que, dans certaines formes de cystite particulièrement rebelles, il y avait des avantages considérables à tirer de la taille périnéale avec curettage et drainage.

En ce qui concerne le manuel opératoire, j'insistais sur la nécessité du drainage prolongé qui me semblait être la condition principale, essentielle, de la guérison.

Indications et résultats de l'intervention dans les tumeurs de la vessie.

9[e] *session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1906, p. 220.

Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré.

Bulletins de la Société anatomique, avril 1894, p. 287.

Il est rare de voir un néoplasme localisé au sommet de la vessie.

J'ai eu l'occasion d'observer en 1894 et d'opérer à la clinique de Necker un malade dont le néoplasme coiffait tout le sommet de la vessie. La tumeur était infiltrée à toute la paroi : c'était un cancer alvéolaire.

Après ouverture de la vessie, je parvins facilement à séparer la tumeur du péritoine qui la recouvrait et à l'exciser complètement. La suture totale de la vessie réussit parfaitement et le malade guérit en dix jours, sans fistule.

Il est rare qu'on ait l'occasion d'enlever aussi largement et aussi complètement un néoplasme infiltré, et c'est là le point intéressant de cette observation. Ce malade a vécu cinq ans sans récidive : il est revenu mourir en 1900 à la clinique de Necker avec une récidive dans la paroi. Il avait un cancer alvéolaire.

Dans le traitement des tumeurs non bénignes de la vessie, je suis peu interventionniste. Les opérations palliatives utilisées en pareil cas ne valent pas la peine d'être tentées. La chirurgie se retire de plus en plus du cancer en attendant que le cancer se retire de la chirurgie.

De la récidive des papillomes de la vessie.

Bulletin médical, 1905, n° 66, p. 743.

Les papillomes de la vessie récidivent quelquefois : j'ai eu à observer et à opérer plusieurs de ces récidives, et c'est à l'étude des conditions dans lesquelles elles se produisent et du pronostic qu'elles comportent que je consacre cette clinique.

Il arrive quelquefois que la première opération a été incomplète. D'autres fois, l'inspection de la vessie n'a pas été suffisante et on a laissé évoluer une toute petite tumeur qu'on aurait pu enlever avec une inspection plus soignée.

Mais dans la majorité des cas, cette explication ne suffit pas ; la récidive se fait à distance du premier foyer, sur un point très éloigné et souvent opposé de la muqueuse vésicale ; en outre, elle se fait longtemps, plusieurs années après, comme dans mes observations, de telle sorte qu'il est impossible d'admettre une autre interprétation que celle de la production d'une nouvelle tumeur.

Ces récidives comportent un pronostic absolument bénin ; elles restent histologiquement bénignes et se comportent comme telles ; je rapporte l'observation d'une malade qui, opérée trois ans de suite, est restée depuis dix ans absolument guérie.

Ces récidives doivent cependant être opérées.

L'opération de la récidive doit être faite aussitôt que possible ; dès les premières hématuries qui surviennent après une première opération de papillome, on doit être en éveil, inspecter la vessie au cystoscope et, si l'examen est positif, opérer de suite.

En outre, l'inspection de la vessie doit être aussi complète que possible et la tumeur sera enlevée avec toute la zone d'implantation sur la muqueuse.

Kyste hydatique rétrovésical.

3e Session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1898, p. 312.

Dans le traitement des kystes hydatiques rétrovésicaux, l'incision abdominale doit être préférée à l'incision périnéale. Parmi les avantages de la laparotomie, il y a, entre autres, celui de pouvoir inciser une partie de la poche, ce qui diminue d'autant la longueur de la cicatrisation. La laparotomie permet en outre de pratiquer l'ablation de la membrane fertile du kyste et de fermer la poche sans drainage, ainsi que j'ai pu le faire une fois, depuis, sur un malade de Necker.

Un fait contesté dans l'histoire de ces kystes est celui de leur origine : j'ai pu nettement établir ici que le kyste avait son point de départ dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui sépare la vessie du rectum.

Ces idées sont développées dans la thèse de mon élève Mouille (Des kystes hydatiques rétrovésicaux chez l'homme. *Thèse de doctorat*, Paris, 1899).

Des fistules hypogastriques consécutives à la taille.

7e Session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1903, p. 600.

Les fistules urinaires à la suite de la taille hypogastrique relèvent de causes multiples. En général, elles résultent d'une imperméabilité de l'urètre : quand il y a hypertrophie prostatique, quand la vessie se vide peu ou se vide mal, la fistule trouve dans ces conditions une raison de se produire ou de persister.

Mais à côté de ces causes vésicales ou urétrales et dont l'importance est bien connue, j'ai voulu insister sur une nouvelle cause, sur le rôle de l'éventration abdominale.

Sur un de mes malades, en effet, dont l'urètre était perméable et dont la vessie se vidait exactement, une fistule hypogastrique persistait à la suite d'une taille et résistait à toute thérapeutique. Mais il y avait une éventration, et il me suffit un jour de faire la cure radicale de l'éventration pour que d'emblée la fistule fût fermée. Cette observation avait ainsi la valeur d'une expérience ; elle établit nettement la part de l'éventration dans l'entretien de quelques fistules hypogastriques.

De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique.

Gazette des hôpitaux, 1892, n° 81, p. 761.

De la suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique chez l'enfant.

Sixième Congrès français de chirurgie. Paris, 1891, p. 388.

La taille périnéale fut longtemps préférée à la taille hypogastrique : la facilité de la guérison, la difficulté du drainage sus-pubien chez l'enfant forcément intolérant étaient la raison de ces préférences. Et cependant, la taille périnéale constitue une opération aveugle, au cours de laquelle on ne voit pas ou l'on voit mal ce que l'on fait.

La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique devait la rendre applicable chez l'enfant et lui assurer pour l'avenir la priorité sur la taille basse. C'est à montrer cette supériorité de la taille sus-pubienne chez l'enfant qu'est consacré ce travail.

Les résultats de la suture de la vessie, en effet, sont encore supérieurs chez l'enfant à ce qu'ils sont chez l'adulte : cela tient surtout à ce que la vessie, à cet âge, ne saigne pas ou saigne peu, et le saignement après

la taille est, chez l'adulte, le gros obstacle qui fait échouer la réunion première.

Une observation empruntée au service du Pr Guyon vient appuyer ces considérations sur les avantages de la taille hypogastrique avec la suture totale de la vessie dont, dans un autre travail, j'ai envisagé les avantages et la technique chez l'adulte.

Modification à la technique de la taille hypogastrique.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 367.
6e session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1902.
Ibid. Paris, 1903, p. 592.

Dans toute une série de travaux, j'ai modifié et perfectionné la technique de la taille hypogastrique.

1° D'abord, dès 1893, j'ai proposé un dépresseur pour la paroi vésicale, qui fut déjà à ce moment un vrai progrès.

L'inconvénient des écarteurs dont on se servait jusqu'alors dans la taille hypogastrique, malgré les services très importants qu'ils rendaient, était de ne pas permettre d'agir assez efficacement sur le bas-fond vésical pour le déprimer et donner du jour quand on opérait près du col.

Aussi, j'ai fait construire plusieurs types d'une valve pour la taille à longue lame recourbée et à angle obtus ; elle agit à la manière d'un dépresseur sur le bas-fond et la paroi postérieure de la vessie, et répond au but voulu de donner beaucoup de jour dans une région difficilement accessible.

2° Au lieu de distendre la vessie avant la taille par de l'eau boriquée qui, en se répandant sur la paroi et sur le malade, infecte la plaie et le champ opératoire, je propose de distendre la vessie, quand il est nécessaire, avec de l'air stérilisé. Tous les inconvénients précités sont évités.

3° En outre, pour simplifier le manuel opératoire, j'ai fait construire un écarteur automatique pour la taille hypogastrique. Il a l'avantage de supprimer un aide, d'assurer l'écartement fixe des muscles droits, la fixation de la vessie à la plaie abdominale pendant toute la durée de l'acte opératoire. Le champ de l'intervention étant ainsi largement étalé, les moindres détails de l'opération peuvent être suivis par tous et à distance.

D'ailleurs, cet écarteur à été adopté depuis par tous ceux qui ont souvent à pratiquer la taille hypogastrique. Il est ou non combiné avec le dépresseur.

4° Enfin j'ai proposé de combiner l'incision longitudinale de la paroi

avec l'incision *transversale* de la vessie, en réalisant ce que j'appelle la *taille médio-transversale*. Et l'opération ainsi pratiquée a tous les avantages de la taille transversale, autrefois en honneur et justement abandonnée à cause des éventrations qu'elle causait, et elle n'en a pas les inconvénients, puisque la vessie seule est incisée transversalement. Le jour ainsi obtenu est considérable et, pour l'ablation les tumeurs en particulier, les manœuvres s'effectuent avec plus d'aisance et de sécurité.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les vaisseaux ne saignent pas plus avec cette incision transversale qu'avec la verticale.

La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers de la vessie.

Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1903, p. 186.
Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXIX, 1903, p. 1000.

Pour extraire certains corps étrangers de la vessie, je préconise un procédé personnel dérivé de cette urétrotomie externe par voie sous-symphysaire chez la femme dont j'ai parlé plus haut.

J'ouvre la vessie sous la symphyse, en passant entre l'urètre et la symphyse. Ce procédé d'indication rare après tout, et qui n'est en aucune façon destiné à se substituer ni à la taille haute ni à la taille basse, ce procédé a cependant quelques avantages. D'abord, il permet d'extraire sans danger de fistule les corps étrangers qui sont à cheval sur l'urètre et la vessie ; ensuite, il a l'avantage d'être particulièrement esthétique, de ne laisser aucune cicatrice appréciable ; il est en outre d'une grande simplicité et conduit très aisément sur le col de la vessie.

Plusieurs de ces observations sont développées dans la thèse de mon élève Levadoux (Emploi de la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre et la vessie chez l'homme et la femme. *Thèse de Doctorat*, Paris, Michalon, 1904).

Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, juillet 1897, n° 7, p. 681.

Dans ce mémoire, j'ai étudié, au point de vue de la physiologie normale et pathologique, les relations intimes de l'appareil génital et de l'appareil urinaire chez la femme,

Ces relations physiologiques et pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire sont complexes ; en clinique, on a souvent à les

constater, nombre de malades se présentent au clinicien avec les apparences d'une affection des voies urinaires, alors que seul l'appareil génital est lésé.

L'influence de l'utérus sur l'appareil urinaire se manifeste de trois façons : 1° des influences *dynamiques* ou *réflexes*, 2° des influences *mécaniques* permettent aux affections génitales de retentir sur la vessie ou sur l'uretère pour troubler leur fonctionnement. Enfin, 3° les infections *génitales* elles-mêmes préparent le terrain et le prédisposent aux infections urinaires.

J'ai étudié ces trois groupes de relations à l'aide de nombreuses observations personnelles, en insistant tout particulièrement sur le diagnostic et sur les indications thérapeutiques.

J'ai analysé également l'influence des opérations gynécologiques sur la contractilité de la vessie. Plusieurs de mes opérées présentèrent, en effet, des troubles vésicaux variés.

Les unes pouvaient uriner seules et vider leur vessie ; d'autres avaient de la rétention, et, chez quelques-unes, la rétention dura même longtemps après ; d'autres, enfin, eurent de l'incontinence d'urine.

J'ai cherché, avec Genouville, dans les modications de la contractilité vésicale les raisons de ces différences. La méthode graphique nous a permis de schématiser l'influence des opérations pelviennes sur la vessie ; et nous avons vu dans quelques cas où il y avait de la rétention, cette dissociation de la sensibilité et de la contractilité vésicale que Genouville a signalée comme la caractéristique de la neurasthénie urinaire.

Les rétentions d'urine post-opératoires sont donc d'ordre hystérique ; c'est une sorte d'hystéro-traumatisme, qui n'est en rapport ni avec la durée, ni avec l'importance de l'opération, mais seulement avec l'état du sujet.

QUATRIÈME GROUPE. — PROSTATE

Des rapports entre les testicules et la prostate.

Archives de physiologie normale et pathologique, janvier 1896, n° 1.

Lorsque, il y a quelques années, on commença à traiter l'hypertrophie prostatique par la castration, mon maître, M. Guyon, pensa que la résection des canaux déférents, en amenant l'atrophie du testicule et en supprimant sa fonction, devait déterminer sur la prostate une atrophie

identique à celle que donnerait la suppression même du testicule. La « castration physiologique » devait produire le même effet que la castration anatomique, et si ces données étaient applicables en clinique, le malade devait y trouver la même amélioration avec, en plus, le bénéfice moral d'un testicule conservé inerte dans le scrotum.

C'est sur les conseils de mon maître que je pratiquai sur des chiens une série d'expériences que je rapporte dans ce travail ; ces recherches ont été faites dans le laboratoire de la clinique de Necker : elles sont contemporaines du travail de Pavone.

Nous avons eu surtout pour but d'étudier comparativement l'influence sur la prostate saine de la castration et de la résection des canaux déférents.

De ces expériences se dégageaient les conclusions que voici : l'excision du canal déférent ne donne pas les mêmes résultats que la castration bilatérale : avec la castration, l'atrophie est très accentuée ; avec la résection des déférents, elle n'est ni aussi fréquente, ni aussi accentuée. L'influence de la résection sur la prostate est cependant manifeste, mais elle s'exerce plus lentement ; et, sans être absolument comparable à la castration, la résection m'apparaissait comme une opération susceptible de donner, dans certaines conditions, de bons résultats chez l'homme.

Des opérations testiculaires dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

Neuvième Congrès français de chirurgie, 1895 ; *Semaine médicale*, 1895, p. 458, et 2[e] session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1897.

Dans plusieurs communications aux Congrès de chirurgie et d'Urologie, j'ai apporté la contribution de mes observations personnelles à la question discutée du traitement de l'hypertrophie prostatique par les interventions sur les testicules.

J'ai insisté surtout sur la disproportion qui existe entre les résultats expérimentaux et les résultats thérapeutiques de la castration et de la résection des déférents. La prostate sénile et hypertrophiée ne se comporte pas après la castration comme la prostate saine du chien, et, sur l'homme, l'atrophie n'est ni aussi constante, ni aussi formelle. Dans la prostate malade, ce qui diminue immédiatement, c'est l'élément congestif ; ce qui disparaît plus tard, c'est l'élément glandulaire.

Je me suis demandé si la castration pratiquée de bonne heure, lors d'une première attaque, pourrait avoir une influence préventive, et si elle

était capable d'éviter au malade les inconvénients qui résultent des attaques subintrantes de congestion.

Une observation que j'ai communiquée au *Congrès de chirurgie* de 1895 est assez suggestive à ce point de vue : un malade sexagénaire accepte la castration au cours d'une première attaque de rétention. Les hémorragies étaient extrêmement abondantes et n'avaient pas été améliorées par la sonde à demeure ; la castration amena une amélioration immédiate, les hémorragies cessèrent ; le soir même, le malade se remettait à uriner. Or, et c'est ici que le fait devient intéressant, j'ai suivi ce malade depuis deux ans, je l'ai revu ces jours-ci ; il est depuis ce temps resté indemne de tout accident, sa vessie se vide régulièrement, il ne s'est jamais sondé. La prostate, cependant, n'est pas atrophiée. Malgré cela, il n'est pas douteux que ce malade ait bénéficié, à titre préventif, de la castration, et que cette opération lui a évité jusqu'ici de nouvelles complications.

Quant à la valeur relative de la castration et de la résection des canaux déférents, je crois que cette dernière, dont le mode d'action est d'ailleurs différent, a une action plus lente.

Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique.

Rapport présenté au *XIIIe Congrès international de médecine*. Paris, 1900.

Dans ce rapport, je m'attache à montrer à l'aide des résultats éloignés qu'aucune des opérations jusqu'alors tentées contre l'hypertrophie prostatique ne mérite d'être considérée comme curative.

Ni la castration, ni la déférentectomie, ni la cystotomie ne sont des opérations capables de donner des résultats définitifs et parfaits. Elles donnent des améliorations et méritent d'être conservées comme palliatives, mais, dès cette époque, il me paraissait comme évident que la prostatectomie naissante donnerait de tout autres résultats, et les premières applications qui furent faites en France quelques mois plus tard légitimèrent absolument mes conclusions.

Note sur une tumeur pédiculée de la prostate.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, décembre 1893.

Les formes partielles de l'hypertrophie de la prostate sont très rares : j'en ai observé un cas à Necker. Il s'agissait d'une tumeur pédiculée qui fut enlevée par la taille hypogastrique par M. Guyon ; elle s'était déve-

loppée sur la prostate, et aux dépens mêmes de cette prostate, et elle avait été prise pour une tumeur de la vessie. Elle se distinguait des tumeurs vésicales par sa surface lisse et par sa structure histologique qui correspondait au type de l'hypertrophie glandulaire molle.

Cette tumeur, nettement pédiculée et implantée sur le côté du col, faisait bouchon et le malade ne pouvait uriner. Il était donc à prévoir que chez ce malade, qui était encore jeune, dont la prostate, par ailleurs, n'était pas hypertrophiée, la miction redeviendrait normale, après extirpation de la tumeur. Il n'en fut rien : j'ai suivi ce malade, je l'ai revu plusieurs mois après, il ne vidait pas sa vessie. Ce n'était pas l'obstacle prostatique qui faisait la rétention, mais bien l'état particulier de la vessie, la sclérose.

Cystostomie dans le cancer de la prostate.

Gazette hebdomadaire, 1893, n° 34, p. 401.

Aux troubles urinaires graves, qui accompagnent à sa dernière période l'évolution du cancer prostato-pelvien, on peut remédier par la cystostomie. Lorsque survient la période de rétention complète, l'opération évite à ces malades les cathétérismes répétés, qui s'accompagnent parfois de douleurs intenses et souvent d'hémorragies.

J'ai eu l'occasion de pratiquer pour la première fois, je crois, cette opération pour un cancer de la prostate ; le résultat a confirmé mon attente. Le malade a été très soulagé ; il est allé mourir chez lui quatre ou cinq mois après l'opération, mais j'ai pu l'observer assez longtemps pour avoir la certitude que le néoplasme n'avait pas poussé de prolongement du côté de la fistule sus-pubienne.

Ce fait démontre donc l'efficacité sans reproche d'une intervention palliative qui a, depuis lors, rendu de grands services pour le soulagement des malades atteints de cancer de la prostate.

De la prostatectomie périnéale.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1902.
6e Session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1902, p. 358.
Ibid. 7e Session. Paris, 1903, p. 52.
Ibid. 8e Session. Paris, 1904, p. 327.

Depuis quelques années, j'ai pris une part active au mouvement qui a établi la prostatectomie sur des bases définitives et, à plusieurs reprises,

j'ai apporté ma contribution personnelle à la question de la valeur de l'opération, de ses suites, de ses complications et de sa technique.

En ce qui concerne la *technique*, j'ai montré les avantages de l'ablation globale et sans morcellement, mais avec section de la prostate en ses deux moitiés et incision de l'urètre sur la ligne médiane comme le conseillaient Proust et Gosset. J'ai pu ainsi enlever et montrer deux fragments d'une des plus grosses prostates qui ait été extirpées par le périnée, du poids de 210 grammes.

J'ai montré l'utilité du désenclaveur et j'ai fait construire par M. Collin un nouveau modèle à trois branches, plus puissant et plus efficace que ceux qui étaient jusqu'alors en usage. L'usage de ces instruments facilite beaucoup l'acte opératoire et permet de montrer aux élèves la série des temps successifs.

Au point de vue des *complications*, j'ai signalé les *fistules rectales secondaires* qui se produisent vers le douzième ou quinzième jour et sont moins graves et moins persistantes que les fistules initiales.

Au point de vue des *résultats*, j'ai montré l'utilité de la prostatectomie pour certaines formes de graves hématuries de provenance prostatique et qui, deux fois entre mes mains, furent radicalement guéries par l'opération.

J'ai signalé également de bons résultats, quoique exceptionnels, chez des prostatiques sans prostate, et montré que, dans quelques cas, « la libération de l'urètre prostatique » pouvait permettre le retour de la miction spontanée.

Enfin j'ai montré, par une observation probante, que l'ancienneté de la rétention n'était pas une contre-indication à la prostatectomie. Un malade était en rétention complète depuis 17 ans : la prostatectomie lui a permis de retrouver de suite la miction spontanée, alors qu'une prostatectomie partielle pratiquée dix ans auparavant n'avait donné aucun résultat.

Dans le *cancer*, au contraire, j'ai montré l'inutilité de l'opération contre des lésions le plus souvent diffuses et dont on ne peut dépasser l'extension. Dans ce cas, l'opération donne plutôt un coup de fouet à ces lésions, et la diffusion du cancer, lorsque l'ablation est incomplète, est plus hâtive, plus douloureuse et plus active.

Taille périnéale et prostatectomie.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre 1902, p. 897.

Dans cette clinique, je m'attache à montrer que la prostatectomie doit, dans certains cas, se substituer à la lithotritie, prendre à cette dernière

opération quelques-unes de ses indications, et qu'elle doit même devenir le complément d'une taille périnéale faite pour un calcul engagé dans une grosse prostate. Le malade qui en faisait l'objet avait, en effet, une prostate énorme du poids de 210 grammes avec 80 calculs dans la vessie. J'ai enlevé l'une et les autres par la prostatectomie périnéale et le malade a complètement guéri.

Prostatectomie hypogastrique.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1903, p. 1150.
Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1905, p. 302.
Société internationale de chirurgie, Bruxelles, 1905.
9e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1905.
Bulletin de la Société anatomique, octobre 1905, LXXX. 6 série, t. VII, p. 740 (En collaboration avec Chirié).
Rapport au XVe Congrès international de Lisbonne, avril 1906.

J'ai été un des premiers à pratiquer et à préconiser en France la prostatectomie de Füller-Freyer ; dès 1903, je présentais à la Société de chirurgie mes premiers résultats, et, frappé dès le début de ce que cette opération avait de séduisant, je me suis attaché dans une série de publications à en montrer les avantages sur la prostatectomie périnéale.

J'ai montré par une série de pièces quels sont les divers aspects sous lesquels la prostate peut être enlevée par la voie hypogastrique : la forme massive et la forme étalée avec conservation de la paroi antérieure de l'urètre prostatique. En respectant cette partie antérieure de l'urètre, on évite, ainsi que l'a montré M. Freyer, des hémorragies souvent graves.

En outre, ayant eu l'occasion de voir un de mes malades mourir au vingtième jour, alors qu'il était guéri de l'opération, j'ai pu me rendre compte de la manière suivant laquelle la vessie se répare à la suite de cette opération.

La loge prostatique fait partie de la cavité vésicale ; elle en est comme le diverticule inférieur, et, au-dessous des uretères, s'étend jusqu'au col vésical. Celui-ci est abaissé par ce fait de l'ablation de la prostate ; il est reporté à la partie postérieure de l'urètre membraneux et l'urètre dans son ensemble est ainsi très raccourci.

Cette cavité devient lisse, unie, elle s'épidermise et nous avons trouvé en effet des lambeaux d'épithélium à sa surface.

Cette autopsie très complète et une des premières de ce genre nous donne une explication très nette de la facilité avec laquelle la vessie parvient à se vider après cette opération, puisqu'il n'y a plus aucun obstacle.

on peut plutôt s'étonner de ce que les urines soient facilement et complètement retenues alors que tout le col vésical est disparu.

Je suis revenu sur ces différents points d'actualité dans mon récent rapport au congrès de Lisbonne (avril 1906), et, reprenant la comparaison pas à pas des deux prostatectomies, je m'attachais à montrer les avantages incontestables de la prostatectomie hypogastrique. Elle est plus facile, plus brillante : elle n'expose pas à la blessure du rectum ; elle conserve la génitalité, car les canaux éjaculateurs sont conservés dans la très grande majorité des cas. Les suites sont moins longues, et elle est enfin dépourvue le plus souvent de toute cette série de petites infirmités qui font souvent suite à la prostatectomie périnéale. Elle est aussi complète que possible et son résultat *thérapeutique* est presque toujours parfait.

On ne peut en dire autant de la prostatectomie périnéale qui laisse souvent à la suite, dans les opérations pour rétentions incomplètes, un résidu important, et force le malade, dans plus d'un tiers des cas, à faire encore usage de la sonde.

Ce sont ces raisons qui font de moi un défenseur convaincu de la prostatectomie transvésicale ; la mortalité de cette opération est actuellement, il est vrai, plus élevée que celle de la prostatectomie périnéale. Mais cette mortalité est loin d'être irréductible : au contraire, en modifiant quelque peu les soins post-opératoires dont l'importance égale au moins celle de l'opération elle-même, on arrive à réduire sensiblement cette mortalité. Parmi les modifications les plus heureuses à apporter à cette opération, j'ai signalé le tamponnement partiel de la vessie, comme susceptible de diminuer dans une notable mesure les chances et les risques de l'hémorragie.

Actuellement, toutefois, il me paraît difficile de tracer les indications définitives de ces opérations ; je pense, néanmoins, que la prostatectomie hypogastrique est l'opération de choix pour toutes les prostates qui sont très volumineuses, très saillantes dans la cavité vésicale, chez les malades non obèses, avec des reins bons et un état général favorable.

CINQUIÈME GROUPE. — URÈTRE

Phlébite urétrale et péri-urétrite.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, novembre 1893
(En collaboration avec le Dr Noguès).

Deux conditions fondamentales préexistent, d'après les données actuel-

les, à la production des abcès urineux : la septicité des urines et l'altération de la paroi urétrale. En arrière d'un rétrécissement, l'urine septique filtre au travers d'une paroi fissurée et développe dans le tissu péri-urétral une inflammation localisée.

Mais, dans cette évolution, quelle est l'attitude du corps spongieux de l'urètre, quel est son rôle, quelle est sa réaction?

L'observation d'un malade du service de M. Guyon nous a permis de répondre à cette question : ce malade, rétréci et infecté, présenta une tuméfaction périnéale qui n'avait pas les caractères d'un abcès urineux : nous pensions qu'il s'agissait d'une péri-urétrite au début. La nécessité de rétablir chez ce malade la perméabilité de l'urètre infranchissable nous conduisit à faire une urétrotomie externe et à inciser la tumeur périnéale. Il n'y avait pas de collection : le tissu spongieux était le siège même de la tuméfaction ; la surface de section avait un aspect spécial : couleur noirâtre, issue d'un liquide foncé et en même temps granuleux, pas d'hémorragie véritable. C'était une phlébite du corps spongieux, phlébite aiguë et récente.

Rapprochant de ce fait un autre semblable que nous avions observé, nous avons conclu que la phlébite du corps spongieux est, dans un certain nombre de cas, l'intermédiaire obligé entre l'urétrite et la péri-urétrite, entre la lésion de la paroi, qui sert de porte d'entrée à l'infection, et les régions juxta-urétrales qui ont à la recevoir.

De l'excision des abcès urineux.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1893, n° 17, p. 201.

Malgré les avantages qu'on lui a prêtés, la résection des abcès urineux est, dans le plus grand nombre des cas, inapplicable ; elle ne convient qu'à des cas très particuliers, et c'est à préciser ses indications limitées, à signaler ses inconvénients qu'est consacré ce travail.

Suivant l'association variable des deux conditions pathogéniques des infections péri-urétrales atténuées, la septicité des urines et l'altération de la paroi urétrale, tous les degrés s'observent entre l'abcès urineux ordinaire et la tumeur urineuse la mieux constituée. On peut établir cependant trois degrés : 1° les péri-urétrites aiguës (abcès urineux) ; 2° les péri-urétrites subaiguës (abcès urineux chroniques, tumeurs urineuses suppurées); 3° les péri-urétrites chroniques (tumeurs urineuses chroniques sans suppuration).

Pour les tumeurs urineuses, la résection de toutes ces masses scléreuses qui étouffent l'urètre est nécessaire.

Pour l'abcès urineux ordinaire, il en est autrement ; il n'est, pour l'envelopper ou le limiter, ni poche, ni capsule : les parois ne sont constituées que par les couches superficielles, soulevées, refoulées, toujours infiltrées. Et ici, jamais la résection ne peut convenir ; il est une cavité où il n'y a pour ainsi dire pas de parois : l'ouverture simple avec le drainage reste la méthode de choix.

Enfin, d'autres fois, la suppuration se développe sur un périnée déjà malade, anciennement altéré : elle trouve pour la limiter une induration préexistante, et, lorsqu'on ouvre la collection centrale, on la trouve entourée d'une paroi épaisse, dense, isolable. Ici, la résection seule peut convenir.

Fistule urétro-rectale traumatique.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 300.

Les fistules urétro-rectales ne sont le plus souvent ni simples, ni faciles à guérir. J'en ai observé un cas en 1893 dans le service de mon maître M. Guyon. Un enfant de 13 ans fit une chute sur une herse : une des pointes de la herse s'enfonça dans l'anus. A la suite de cet accident la plus grande partie des urines s'écoula par l'anus et au moment de la miction seulement.

Je m'arrêtai au plan opératoire suivant qui rappelle celui très ancien de A. Cooper : incision transversale au-devant de l'anus, séparation du rectum et de l'urètre, suture isolée des deux orifices. Je terminai en faisant une périnéorraphie au moyen de deux plans de suture profonds antéro-postérieurs. La guérison complète fut obtenue en six jours : la sonde à demeure ne resta que 48 heures en place.

Ce plan opératoire a été adopté, comme le procédé de choix, par MM. Quénu et Hartmann dans leur ouvrage sur la chirurgie du rectum.

Les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre 1893.
(En collaboration avec M. Cestan.)

Dix-huit observations forment la base de cette étude dans laquelle nous avons établi et précisé les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques.

Deux éléments surtout méritent d'être pris en considération : le siège et la forme du rétrécissement.

La *dilatation* convient aux rétrécissements traumatiques, sans virole ;

lorsqu'au périnée, on sent une virole, elle n'est plus de mise. Mais elle reste le complément toujours nécessaire des autres méthodes.

L'urétrotomie interne convient seule aux strictures cicatricielles en brides, sans callosités; elle réussit à merveille à condition que le malade consente à se soumettre à ces séances ultérieures de dilatation, qui sont le complément indispensable de l'opération.

L'urétrotomie externe devient obligatoire, lorsque l'on ne peut franchir la stricture. En suivant la technique de M. Guyon, on parvient facilement à trouver le bout postérieur: si les recherches restent infructueuses, on doit faire le cathétérisme rétrograde. Une fois franchi le rétréeissement, doit-on s'en tenir à l'urétrotomie externe? Oui, quand l'angustie urétrale est peu accessible, quand elle siège par exemple dans l'étage moyen et supérieur. Oui encore, lorsque le canal est enserré de masses fibreuses considérables, le périnée creusé d'abcès, de fistules multiples, et le tout avec un état général médiocre. En toute autre circonstance, il faut en venir à la résection.

La *résection* est l'opération de choix dans les cas vraiment caractérisés de rétrécissement traumatique; elle seule peut aspirer au titre de « cure radicale ». Le procédé qui consiste à sectionner en travers, en avant et en arrière de la stricture est mauvais: il vaut mieux ouvrir le canal, reconnaître de l'œil et du doigt l'étendue des lésions de dedans en dehors.

Un des inconvénients de la résection dans la portion périnéo-scrotale est l'inflexion de la verge, qui en résulte dans l'état d'érection: cet inconvénient n'est que temporaire.

Du cathétérisme rétrograde.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, avril 1893.
XIIIe Congrès international de médecine. Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 352.

Dans un premier mémoire publié en 1893, je relate deux observations de cathétérisme rétrograde par rétrécissement infranchissable de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur. Je donne la description d'un cathéter spécial, destiné à franchir l'urètre d'arrière en avant à travers une fistule sus-pubienne faite à la vessie. La courbure de ce cathéter rétrograde a été réglée par M. Guyon d'après les indications de M. le Pr Farabeuf. Son usage simplifie beaucoup la technique de l'opération que je m'attache à préciser d'après les indications de mon maître, surtout pour ce qui concerne les rétrécissements de l'étage supérieur du périnée.

Plus tard, en 1900, dans un autre travail, je me suis efforcé d'étendre

les indications du cathétérisme rétrograde aux ruptures traumatiques de l'urètre.

Dans les ruptures de l'urètre postérieur, surtout dans celles qui sont la conséquence d'une fracture du bassin, l'urétrotomie externe est particulièrement difficile. Les points de repère font défaut; les recherches manquent de précision, et il me paraît difficile de mener à bien par cette voie une restauration utile de l'urètre postérieur. Au contraire, avec le cathétérisme rétrograde, du premier coup on retrouve l'urètre, et il est facile de terminer rapidement l'opération dont le but principal est la mise en demeure d'une sonde dans l'urètre. Dans ces conditions, je dus au cathétérisme rétrograde de pouvoir rapidement pratiquer une opération qui eût été très difficile sans lui. Je pense donc que le cathétérisme rétrograde sera souvent, toujours même, nécessaire dans les ruptures de l'urètre postérieur.

Pour les ruptures de l'urètre antérieur, au contraire, la manœuvre sera plus rarement indiquée et seulement dans les cas où la recherche du bout postérieur apparaîtra comme très difficile. Je lui ai dû sur un enfant de huit ans un très beau succès : la réunion par première intention fut obtenue à la vessie et au périnée, et c'est un des plus beaux résultats de la suture complète et totale de l'urètre rupturé.

L'observation est rapportée tout au long dans la thèse de mon élève Trombert (Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures de l'urètre. *Thèse de doctorat,* Paris, Michalon, 1901).

Des calculs de la portion prostatique de l'urètre.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895, p. 769.

Si on les compare au grand nombre des calculs vésicaux, les calculs de l'urètre prostatique sont relativement rares. Ayant eu l'occasion d'observer à Necker trois malades porteurs de « pierres prostatiques », j'ai cru devoir développer quelques considérations relativement à la localisation, à la fixité de ces calculs, et au traitement qui leur convient.

J'établis d'abord, conformément à la doctrine de mon maître, « qu'il n'y a que des calculs de la portion prostatique de l'urètre ». Les prétendus calculs développés dans les glandes de la prostate n'existent pas.

Parmi les calculs, qui viennent de la vessie à la prostate, les uns sont *mobiles* : on peut les déplacer, on doit même les refouler dans la vessie pour les extraire ; les autres sont *fixes*, ils restent dans la prostate et y déterminent une dilatation considérable qui, tantôt porte sur la prostate

seule, tantôt porte à la fois sur la prostate et sur le col. Dans le premier cas, le calcul peut prendre une forme en sablier, avec un prolongement intra-vésical.

Au point de vue clinique, les calculs de la portion prostatique se distinguent par la moindre importance des hématuries, par la prédominance de la rétention mécanique, par l'intensité des phénomènes rectaux (ténesme, épreintes). Par le toucher rectal, on sent quelquefois le calcul, mais surtout on développe au niveau de la prostate une douleur localisée et très vive.

Le traitement de choix consiste dans la taille périnéale.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par l'airol.

Presse médicale, 1896, n° 91, p. 595. (En collaboration avec M. L. Lévy.)

J'ai proposé le premier de traiter l'urétrite blennorrhagique par l'airol : cette substance n'avait pas encore été employée en France à cet usage. Depuis lors, son emploi s'est vulgarisé, et en particulier à l'étranger.

A des propriétés antiseptiques analogues à celle de l'iodoforme, l'airol associe une action dessiccante identique à celle du tanin. Aussi nous a-t-il donné surtout de bons résultats dans le traitement des urétrites septiques subaiguës et chroniques, plutôt que dans les formes virulentes et aiguës, où le permanganate de potasse réussit mieux.

L'airol est insoluble ; la formule dont je me sers est la suivante : airol 5 grammes, glycérine 50 grammes, eau 50 grammes.

De la cure des fistules urétrales chez la femme.

3e session de l'*Association française d'Urologie*. Paris, 1898, p. 153.

Pour les fistules urétrales de la femme, je préconise le procédé du dédoublement qui, dans les fistules vésico-vaginales, donne de si bons résultats. Une observation très intéressante d'une fistule large et difficile à traiter vient légitimer ma conclusion.

Nouveau procédé d'urétrotomie externe chez la femme. De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.

2e session de l'*Association française d'Urologie* Doin, Paris, 1897.

Pour aborder l'urètre féminin, on suit en général la voie vaginale et, pour pratiquer l'urétrotomie externe, on incise par le vagin. Mais lorsque

la réunion échoue, il en résulte une fistule qu'il est souvent difficile de guérir.

Pour remédier à cet inconvénient, j'ai cherché à aborder l'urètre par la face supérieure, par la voie sous-symphysaire. J'ai montré comment, par une incision curviligne tracée entre le méat et le clitoris, on pouvait décoller l'urètre de la symphyse et mettre à nu sa face supérieure jusqu'au col de la vessie.

Pour enlever des polypes étendus à toute la longueur de l'urètre, j'ai suivi sur une de mes malades ce manuel opératoire. J'ai pu, après avoir décollé l'urètre, fendre sa paroi supérieure sur toute sa longueur et restaurer après, par une suture appropriée, la brèche ainsi créée.

Dans ces conditions, si la réunion échoue, la fistule ne peut durer, car elle est supérieure à l'urètre ; elle n'est pas amorcée par la déclivité, et ce procédé très simple m'a donné un résultat parfait au double point de vue de la forme et de la fonction.

Depuis lors, il a été adopté à la Clinique de Necker pour toutes les interventions qui se pratiquent sur l'urètre féminin. J'y ai même eu recours à plusieurs reprises pour plisser l'urètre dans certaines formes d'incontinence d'urine.

Urétrotomie externe pour urétrite scléreuse chez la femme.

Comptes rendus de la 6e session de l'*Association française d'Urologie*, 1902, p. 223.

A une lésion rare, exceptionnelle d'urétrite scléreuse chez la femme, à une lésion qui avait résisté à tous les traitements classiques usités en pareil cas, j'ai opposé un moyen nouveau.

Par une fente longitudinale faite à la paroi supérieure de l'urètre, j'ai ouvert le conduit : puis je l'ai suturé, mais de telle façon que la suture était incomplète et qu'une longue bande de tissu péri-urétral venait prendre sa place dans la paroi du canal, c'était comme un *élargissement permanent* du calibre du canal qui fut réalisé par mon opération et vérifié ultérieurement. Le résultat fut excellent et la malade guérit complètement

C'est grâce à mon procédé d'urétrotomie externe par la voie sous-symphysaire que j'ai pu réaliser cet élargissement urétral qui eût été impossible par la voie inférieure ou vaginale.

L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrotomie vaginale.

(En collaboration avec Pierre Duval.)

Annales des maladies des organes génito-urinaires, août 1903.

Nous avons eu pour but dans cette note de préciser et même de régler la technique opératoire de l'ablation de l'urètre antérieur chez la femme.

Le premier temps de l'opération doit être, surtout quand il s'agit d'épithélioma, *explorateur*. En effet la délimitation d'un néoplasme appréciable à l'extérieur n'est pas toujours très simple ni très facile : ni l'explorateur à boule, ni le toucher extérieur ne peuvent permettre de dire sur quelle étendue de la muqueuse se répandent les traînées épithéliales de la tumeur.

Aussi bien pensons-nous que le premier temps de l'opération doit être combiné de telle sorte qu'il permette de faire l'exploration de l'urètre et des tissus péri-urétraux. Il suffit pour cela d'aborder toujours le canal par sa partie supérieure, c'est-à-dire par *la voie sous-symphysaire*.

Une fois l'urètre séparé de la symphyse, le lambeau urétro-vaginal est abaissé avec une pince, et on peut, en fendant l'urètre longitudinalement sur sa paroi supérieure, vérifier l'intégrité ou non de la muqueuse et juger de l'étendue du néoplasme.

La technique de l'opération nous paraît donc devoir être précisée et pratiquée de la façon suivante :

1er *temps. Incision sus-urétrale. Exploration de l'urètre.* — Le vestibule de la vulve est exposé dans sa largeur.

Une incision concave en arrière est menée d'un côté à l'autre à égale distance du clitoris et du méat urinaire. Le lambeau urétro-vaginal est séparé des tissus symphysaires et abaissé vers le vagin par une pince fixatrice.

Une fois que le lambeau urétro-vaginal est décollé dans une étendue supposée suffisante, *l'urètre est fendu longitudinalement sur sa paroi supérieure* : on étale les deux lèvres de l'incision, on vérifie l'extension des lésions et on précise le point où devra porter la section de l'urètre.

2e *temps. Incision sous-urétrale et libération inférieure de l'urètre.* — Lorsqu'ainsi on a défini par l'extension des lésions le point où doit porter la section de l'urètre, le méat est circonscrit par une ellipse antéro-postérieure, et une queue médiane le prolonge jusqu'à un centimètre environ en avant du col de la vessie.

Les lambeaux vaginaux sont libérés aux ciseaux et toute la moitié antérieure de l'urètre, complètement libre, est attirée en avant.

3e *temps. Section de l'urètre et suture urétro-vaginale.* — Deux points temporaires para-urétraux sont placés, un de chaque côté, sur le canal, en avant du point de section ; ils servent à maintenir l'urètre que son élasticité tendrait à retirer vers la vessie.

En avant de ces fils l'urètre est sectionné.

Quatre points cardinaux suturent l'urètre au vagin ; ils embrassent la totalité des parois urétrale et vaginale.

Le point antérieur intéresse les deux parois vaginales et la paroi supérieure du canal.

L'orifice néoformé est oblique en avant et ne regarde pas directement en bas.

4ᵉ *temps. Restauration vaginale.* — La section du vagin est suturée par une colporraphie ordinaire en T à branche transversale vestibulaire.

Tous les points sont faits au catgut. Au bout de huit jours, ils sont d'eux-mêmes tombés et la réunion est bonne.

Restauration de l'urètre chez la femme.

Congrès français de chirurgie, 10ᵉ session. Paris, 1896.

Dans un cas de destruction totale de l'urètre, je dus reconstituer le canal aux dépens de lambeaux empruntés aux parties voisines, c'est-à-dire au vagin et à la vulve.

Pour être suffisant, le nouvel urètre doit avoir deux qualités : il lui faut la longueur et l'épaisseur.

Avivement de chaque côté de la paroi vaginale, juxtaposition des parties avivées au-dessous de la sonde, par une suture appropriée, telles sont les grandes lignes du procédé que je décris.

Le résultat a été parfait au point de vue de la forme, mais insuffisant au point de vue de la fonction, le sphincter ayant été détruit.

SIXIÈME GROUPE. — ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

Localisation et extension de la tuberculose testiculaire.

Leçons de clinique chirurgicale, Hôtel Dieu. Paris, Alcan, 1902, p. 262.

Des opérations conservatrices dans le traitement de la tuberculose testiculaire.

Revue internationale de médecine et de chirurgie, 10 octobre 1899.
Congrès international de médecine Paris, 1900, p. 136.

Dans une série de travaux, je me suis attaché à préciser les voies d'extension de la tuberculose testiculaire.

A l'aide des faits cliniques, je formule plusieurs propositions qui sont les suivantes : 1° D'abord, la tuberculose testiculaire est avant tout une *tuberculose épididymaire.*

2° En outre, la *tuberculose épididymaire débute toujours par la queue de l'épididyme.* Quand elle n'est que partielle, elle n'existe qu'au niveau de la partie caudale ; quand les lésions sont totales et étendues à tout l'épididyme, on les trouve prédominantes en bas et en arrière.

3° Enfin, la tuberculose du déférent accompagne souvent et précède toujours la tuberculose de l'épididyme. Ces lésions, sans doute, s'accentuent en même temps que progressent les lésions épididymaires ; mais quand on voit le malade de bonne heure, le canal déférent est déjà altéré alors que l'épididyme commence à se prendre.

4° Je rappelle enfin la coexistence bien connue des lésions tuberculeuses dans les vésicules séminales, mais j'établis qu'elles sont très souvent préexistantes aux lésions épididymaires. Quand on les recherche systématiquement chez tous les malades qui sont suspects de tuberculose, on est surpris de trouver des lésions déjà existantes, toujours sans symptômes, sans réaction. J'ai pu ainsi prévoir la contamination du testicule après avoir constaté par le toucher rectal des lésions profondes et annoncer quelques mois à l'avance l'extension de la tuberculose au déférent et à l'épididyme.

De ces considérations qui établissent entre la tuberculose et la syphilis du testicule une si grande différence, je concluais que la tuberculose du testicule n'est qu'une tuberculose propagée qui, des parties profondes, s'étend par le canal déférent jusqu'à l'épididyme d'abord, puis de l'épididyme au testicule.

La tuberculose par *infection sanguine* est beaucoup plus rare au niveau du testicule : elle se comporte d'une toute autre façon et la tuberculose testiculaire dans sa forme la plus habituelle, la plus commune, se comporte comme une *infection canaliculaire*.

Sur quelques malades, j'ai suivi pour ainsi dire pas à pas cette extension de la tuberculose des parties profondes vers les parties superficielles, le déférent était lésé dans tout son segment pelvien, il était indemne ainsi que l'épididyme dans sa traversée scrotale.

Ces notions n'ont pas un intérêt seulement doctrinal ; au contraire, elles comportent une importance pratique considérable.

Si la tuberculose testiculaire frappe d'abord l'épididyme, la castration est inutile et excessive : l'épididymectomie suffit.

En outre, j'ai même proposé et réalisé le *traitement préventif* de la tuberculose testiculaire par la ligature du canal déférent chez les malades qui, porteurs de lésions tuberculeuses prostato-vésiculaires importantes, n'ont de lésions testiculaires que d'un côté. Lorsque l'intervention est

nécessitée de ce côté, je la pratique et je lie en même temps le canal déférent du *côté sain* pour empêcher de ce côté la propagation de la tuberculose des parties profondes vers les parties superficielles, et aucun des malades sur lesquels j'ai été appelé à faire cette opération n'a eu de tuberculose testiculaire du côté correspondant.

Je suis d'ailleurs très peu partisan des opérations dans la tuberculose testiculaire, et je pense que cette affection est une de celles pour lesquelles le traitement général est le meilleur.

Quoi qu'il en soit, quand l'opération est nécessaire, c'est à l'épididymectomie que j'ai recours; et mon élève Audebal (Thèse de Paris, 1898) a décrit le procédé opératoire qui m'est personnel.

Le scrotum étant relevé sur l'abdomen, je fais sur le raphé *postérieur* une incision médiane et verticale, qui a l'avantage de laisser une cicatrice cachée.

Par cette plaie unique, j'aborde successivement les deux testicules: j'excise au bistouri l'épididyme, une partie du canal déférent et le feuillet pariétal de la tunique vaginale pour éviter son inoculation secondaire.

De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXXI, 1905, p. 136.

Depuis le jour où Ullman pratiquait pour la première fois l'ablation de la vésicule séminale tuberculeuse, peu d'opérations de ce genre ont été encore exécutées jusqu'à ce jour.

J'eus l'occasion de pratiquer six fois la spermatocystectomie: ma première opération date de 1901, ma dernière date de quelques jours. Et j'ai communiqué à la Société de chirurgie le résultat de mes observations en ce qui concerne le technique, les résultats et les indications de la spermatocystectomie dans la tuberculose.

Technique. Entre la voie *inguinale* et la voie *périnéale*, toutes mes préférences vont à cette dernière; par cette voie, l'accès est assuré aux deux vésicules, la libération des cordons peut être faite d'une façon assez complète pour que l'extraction en soit assez facile après cela par la voie inguinale.

L'ablation de la vésicule séminale est toujours complétée par l'extirpation de la totalité du canal déférent et des deux épididymes malades. C'est en somme l'ablation complète des voies génitales que je réalise ainsi.

Résultats. Tous mes malades ont guéri sans complication, un seul eut une hémorragie secondaire non mortelle.

Le résultat éloigné s'est montré très favorable. A part un de mes malades qui est mort de tuberculose pulmonaire un an après l'opération, les autres ont été revus en très bon état après quatre, trois, et deux ans. L'extension de la tuberculose a été entravée, les mictions sont moins fréquentes, les urines sont redevenues claires, les testicules n'ont présenté aucune localisation tuberculeuse, et l'appareil urinaire est resté indemne.

Ces résultats montrent donc que la localisation de ces tuberculoses à l'appareil génital est souvent assez exactement limitée pour que leur ablation puisse être faite dans de bonnes conditions.

Indications. La bénignité bien connue des lésions tuberculeuses de la prostate et des vésicules séminales ne permet pas d'appliquer souvent à ces lésions une opération chirurgicale. Cependant, les extensions de ces tuberculoses aux testicules, leur transformation caverneuse, atténuent aussi la loi de bénignité à laquelle je fais allusion.

Aussi bien, tout en reconnaissant que la spermatocystectomie doit avoir des indications très rares, je trouve l'opération justifiée pour les *grosses* lésions, pour les lésions *douloureuses,* pour celles enfin qui se ramollissent et sont à la veille de s'abcéder.

Torsion du cordon spermatique.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 15 juillet 1895 *et Ibid*, t. XXX, 1904, p. 48.
(Rapport sur une observation de Souligoux.)

En 1895 j'ai communiqué à la Société de chirurgie une observation de torsion du cordon spermatique. Cette observation était tout à fait rare et exceptionnelle en ce qu'elle établissait une nouvelle variété de torsion du cordon spermatique, *la variété extra-vaginale.* D'habitude, en effet, dans les quelques observations connues, peu nombreuses d'ailleurs, la torsion du cordon spermatique se fait à l'intérieur de la vaginale: elle est *intra-vaginale,* c'est un volvulus. Mon observation montrait, au contraire, qu'à côté du volvulus il y avait le bistournage spontané, c'est-à-dire la torsion du testicule, de l'épididyme et de ses enveloppes propres, vaginale comprise.

Plus tard, en 1904, dans un rapport à la Société de chirurgie sur une observation de Souligoux, je suis revenu sur ces différences.

L'infarctus hémorragique qui est en général la conséquence de la torsion n'est pas toujours assez intense pour vouer le testicule à la nécrose et nécessiter la castration.

Dans le cas qui m'est personnel, je me suis contenté de détordre le cordon et j'ai conservé le testicule en le fixant. Le malade guérit avec un testicule normal fixé au fond des bourses.

De l'utilité de la circoncision immédiate dans le traitement du paraphimosis.

La thèse de mon élève Peltre (Paris, 1899) contient un certain nombre d'observations personnelles qui démontrent l'utilité de la circoncision immédiate dans le traitement du paraphimosis. Les vieilles méthodes violentes, toujours douloureuses, ne remédient que momentanément aux accidents : il faut opérer ensuite le phimosis. Je montre les avantages de l'opération immédiate ; je résèque exclusivement la bride qui étrangle. De suite le paraphimosis est détruit, et quelques sutures complètent l'opération dont les résultats me sont toujours apparus très favorables.

Du traitement de l'hydrocèle vaginale par l'inversion de la vaginale.

XIII[e] *Congrès de chirurgie*. Paris, Alcan, 1899, p. 664.

J'apprécie dans cette note les résultats, les inconvénients et les indications de l'inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

En ce qui concerne les résultats, je montre par deux observations personnelles la possibilité de *récidives* immédiates ou très rapides, qui constituent un gros reproche à faire à ce procédé : la vaginale se remet en place et le feuillet pariétal reprend sa situation.

Pour éviter cet accident, je fixe la vaginale retournée au cordon par quelques points de suture au catgut.

En outre, le retournement doit être complet.

Enfin, une autre condition nécessaire est que la vaginale soit souple et peu volumineuse ; au cas contraire, le retournement se fait mal et donnera un mauvais résultat.

Ainsi pratiqué, le procédé de l'inversion est le procédé de choix pour les hydrocèles de petit et de moyen volume, c'est-à-dire ne dépassant pas le volume du poing, et pour les séreuses non épaissies.

Des hématocèles enkystées du cordon spermatique (vaginalites funiculaires hémorragiques).

Archives générales de médecine, 1890, vol. I, p. 183 et p. 307.

Trois observations d'hématocèle enkystée du cordon spermatique forment la base de ce mémoire dans lequel je présente une description

méthodique de cette variété très rare de tumeur kystique du cordon. L'une de ces observations fut recueillie dans le service de mon maître le Pr Lannelongue à Trousseau, alors que j'étais son interne, l'autre me fut obligeamment remise par mon maître le Pr Le Dentu.

Anatomiquement, on distinguait jusqu'alors trois catégories d'épanchements sanguins enkystés du scrotum en dehors de la vaginale. C'étaient : 1° l'hématocèle enkystée du cordon ; 2° l'hématocèle dite par épanchement, et 3° l'hématocèle de l'épididyme.

1° Les *hématocèles enkystées* du cordon sont dues à la transformation d'un kyste séreux : elles sont constituées par des tumeurs lisses, régulières, de dimensions moyennes. Elles siègent sur le trajet du cordon ; leur paroi adhère souvent aux éléments mêmes du cordon. A la coupe, on trouve une cavité pleine de liquide plus ou moins sanguinolent la paroi présente tous les degrés d'épaisseur depuis la séreuse à peine modifiée (1 à 2 millim.) jusqu'à des parois toute transformées et dont l'épaisseur s'élève jusqu'à un ou plusieurs centimètres. Sur une de mes pièces, la paroi était uniformément dure et résistante, d'une épaisseur de près de 2 centimètres, et on y reconnaissait encore l'apposition successive des couches stratifiées de tissu conjonctif.

Dans les cas récents, on ne trouve à la face interne de la paroi qu'une néo-membrane qu'il est possible de décoller, de séparer d'un feuillet fibreux, seul vestige de la séreuse transformée.

La structure de la paroi est la même que la membrane de l'hématocèle vaginale ; et le contenu est formé par du sang pur, ou mélangé à la sérosité du kyste antérieur : on y trouve le plus souvent des caillots.

Ces kystes hématiques ne sont que des kystes transformés du cordon ; ce sont des vaginalites en miniature. Aussi ai-je proposé de les appeler des *vaginalites funiculaires hémorragiques*.

2° La seconde variété, les *hématocèles enkystées du cordon dites par épanchement*, n'existent pas. On appelle de ce nom des épanchements sanguins, consécutifs à un traumatisme, qui s'enkysteraient de manière à former une tumeur kystique, avec une cavité centrale limitée par une paroi ferme. Il s'agit, dans tous ces cas, de vaginalites funiculaires latentes, dont un traumatisme souvent important a hâté l'évolution et favorisé la transformation hémorragique.

3° Quant à la troisième variété, aux *hématocèles de l'épididyme*, j'ai montré que la plupart des faits relevaient du même mécanisme ; que la plupart du temps il s'agissait de vaginalites funiculaires, développées juste au-dessus de la vaginale, dans le segment terminal du conduit

péritonéo-vaginal, et que les rapports avec l'épididyme avaient fait prendre à tort pour une transformation hématique d'un kyste de l'épididyme.

A la division précédente, j'ai substitué la simplification que voici : suivant leur siège, les vaginalites funiculaires hémorragiques sont *inguinales, scrotales* ou *supra-testiculaires*.

Au point de vue clinique, deux signes sont caractéristiques : c'est d'abord la fluctuation, qui indique la nature kystique de la tumeur ; c'est encore le défaut de transparence, qui la distingue d'un kyste simple du cordon. Lorsque la tumeur ne peut être isolée du testicule, il y a parfois de grandes difficultés pour la distinguer d'un sarcome : je rapporte une observation dans laquelle l'erreur fut commise. Lorsque la tumeur est indépendante du testicule, c'est avec les tumeurs du cordon qu'on pourrait la confondre.

Des divers procédés de traitement, seules doivent être conservées la décortication et l'excision. La castration convient aux tumeurs anciennes, à parois dures et, par ailleurs, inséparables du testicule.

ARTICLE II

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Leçons de clinique chirurgicale.

Hôtet-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 454.

En 1901, pendant le semestre d'été, j'eus l'honneur de remplacer à l'Hôtel-Dieu le Pr Duplay en congé. Pendant six mois, j'ai fait des cliniques chirurgicales dont quelques-unes sont publiées dans cet ouvrage. Elles portent sur les différents sujets que les hasards de la clientèle hospitalière avaient mis à notre disposition, et, en les parcourant, on peut voir s'y dérouler l'œuvre de clinique chirurgicale que nous avons vécu pendant la succession d'un semestre.

Elles sont au nombre de 30 et réparties en six groupes :

Pathologie générale ; Chirurgie des membres ; Chirurgie de la tête, du cou, du sein ; Abdomen et hernie ; Appareil génito-urinaire ; Gynécologie.

Plusieurs de ces leçons sont moins des revues de la question que des mémoires originaux sur quelques points particuliers de la chirurgie : je citerai les leçons sur les *luxations anciennes de l'épaule*, les *interventions pour plaies du crâne par armes à feu*, l'*autoplastie du sein*, les récidives de la *hernie inguinale*, l'*éventration traumatique*, le *noyau épididymaire*, les *localisations initiales et l'extension de la tuberculose testiculaire*, l'*anurie dans le cancer de l'utérus*, l'*hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin*, les *grandes collections séreuses pelviennes*.

Toutes ces leçons ont été écrites de ma main : j'y ai inséré des photographies, des figures, des tracés de température, des examens histologiques, tout ce qui contribue enfin à compléter l'histoire des malades et à rendre l'enseignement plus vivant et plus instructif.

Plusieurs de mes opérés ont été revus et suivis, et j'ai pu, avant la publication de ces leçons, ajouter à leurs observations la mention du

résultat éloigné et apporter, à quelques-unes de mes interventions au moins, la consécration qui résulte de l'épreuve du temps.

J'ai cru en outre publier à la fin de cet ouvrage la statistique des opérations dans le service du 1er mars au 31 octobre 1901 pendant la durée de ma suppléance. Elle donne le niveau de notre activité et la mesure de nos moyens : elle est la sanction de notre pratique.

PREMIER GROUPE. — ASEPSIE, ANESTHÉSIE.

La pratique de l'asepsie.

Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu, 1901). Paris, Alcan, 1902, p. 1.

Je me suis toujours préoccupé des moyens d'assurer et de perfectionner l'asepsie dans les milieux où le hasard m'appelait à opérer. C'est par une étude de l'Asepsie que j'inaugurais mes leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu en 1901.

En ce qui concerne le lavage des mains, je rappelle que la désinfection en est d'autant plus facile à assurer qu'elles restent plus propres, et que les mains devenues aseptiques par le lavage ne le restent pas longtemps. Aussi, depuis longtemps, me suis-je familiarisé avec la pratique des gants de caoutchouc que j'utilise pour toutes les opérations septiques quelles qu'elles soient.

Pour les touchers vaginaux ou rectaux, j'ai même fait construire des doigtiers doubles que j'ai présentés à la Société de chirurgie en avril 1902. Ils ont pour but de protéger non seulement le doigt qui touche mais aussi la main et particulièrement les commissures.

Stérilisation du catgut.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1902, p. 57. *et Ibid.*, 1906.

C'est dans le même but de rechercher partout l'asepsie la plus absolue que j'ai été amené, avec M. Robert, à préconiser et à vulgariser un nouveau mode de stérilisation du catgut dans l'alcool. Le catgut est stérilisé dans l'alcool absolu, mais comme la conservation dans l'alcool absolu rend le catgut dur et cassant, nous avons corrigé cette défectuosité par un dispositif spécial. Dans le tube stérilisé contenant et le catgut et l'alcool absolu, nous plaçons une ampoule contenant une quantité d'eau pure et

également stérilisée : après la sortie de l'autoclave, il suffit d'agiter le tube. L'ampoule intérieure se brise, son contenu se mélange avec l'alcool, l'alcool devient de l'alcool à 90°, et nous avons ainsi changé le catgut de milieu sans ouvrir le flacon qui le contient.

Depuis nous avons reconnu que la stérilisation par l'alcool n'avait pas l'absolue sécurité que nous pensions : sous l'influence de l'alcool, il se fait à la surface du catgut une couche protectrice qui empêche la pénétration de la vapeur sous pression au centre du catgut. Cette pénétration est en effet très difficile. Le centre du catgut a bien une température de 120°, mais ce n'est pas une température de vapeur sous pression.

Aussi avons-nous préféré porter notre catgut plusieurs fois à cette forte température ; et alors que la bactériologie nous a montré que deux passages à la température de 120° dans la benzine sont suffisants, nous répétons deux fois ce passage et sommes sûrs de l'absolue asepsie du catgut ainsi préparé.

La rachi-cocaïnisation.

Presse médicale, 27 octobre 1900, p. 249 (en collaboration avec Kendirdjy).
Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, t. XXVII, 1901, p. 569.
Ibid., 1901, p. 1002.
Presse médicale, 1901, n° 90, p. 266.
Leçons de clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, p. 19.

Je me suis toujours préoccupé des moyens utilisés en chirurgie pour la suppression de la douleur, et dès que fut vulgarisée en France, par M. Tuffier, la méthode de Corning-Bier, je l'ai utilisée. Et dans une série de publications, j'ai rendu compte au fur et à mesure de mes résultats.

Séduit d'abord par la simplicité de la technique et l'exactitude de l'anesthésie, je m'étais franchement rallié à cette méthode d'anesthésie qui me paraissait pleine d'avenir. Et dans un premier travail publié dans la Presse médicale en 1900, dans une première communication à la Société de chirurgie en 1901, je me rangeais parmi les défenseurs de cette méthode.

Malheureusement, quelques années plus tard, j'avais le regret d'observer deux cas de mort immédiate, et toujours dans des conditions telles qu'il était impossible de ne pas accuser la méthode elle-même. Les malades étaient morts sur la table de l'opération : il n'y avait ni excès dans la dose ni faute aucune de l'opérateur.

Ces faits accusaient nettement la méthode ; ils atténuaient l'opinion favorable que j'avais eue particulièrement sur cette anesthésie et, dans

la séance du 6 novembre 1901, dans le but d'éviter à d'autres pareils malheurs, je communiquai l'observation de ces deux cas mortels. Ce fut pour la rachi-cocaïnisation comme le coup de grâce. Elle fut bientôt remplacée par la rachi-stovaïnisation, beaucoup moins grave.

De l'eucaïne en chirurgie.

(En collaboration avec M. Lihou.) *Gazette des hôpitaux*, 18 février 1897, et *Association française d'urologie*. Paris, Doin, 1896.

Un des premiers en France, j'ai utilisé, pour la pratique chirurgicale, l'eucaïne. Avant d'y recourir sur le malade, j'ai étudié, par l'expérimentation sur l'animal, sa toxicité et ses propriétés.

J'ai constaté, avec mon élève Lihou, qu'à des propriétés anesthésiques égales, sinon supérieures à la cocaïne, le chlorhydrate d'eucaïne joint l'avantage d'une moindre toxicité ; en outre, le sel est plus stable et les solutions peuvent être stérilisées par l'ébullition. Alors que six centigrammes de cocaïne suffisent à tuer en trois quarts d'heure un cobaye, nous avons constaté que huit centigrammes d'eucaïne n'amenaient qu'en une heure et demie la mort d'un cobaye de même poids.

Cependant, l'eucaïne a l'inconvénient d'être plus douloureuse à l'injection et d'exercer une action hyperémiante.

Depuis lors, j'ai toujours utilisé, avant la stovaine, l'eucaïne pour toutes les opérations de la petite chirurgie ; la solution dont je me sers est au centième et, pour la technique, je me suis conformé aux règles précisées par M. Reclus. La moindre toxicité permet d'utiliser de plus larges doses et d'obtenir une action analgésique plus énergique.

DEUXIÈME GROUPE. — MEMBRES

Synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplasique.

Presse médicale, 1897, 24 juillet, n° 60, p. 37.

Chaque jour s'accentue le démembrement des néoplasmes au bénéfice des infections. Le lipome arborescent des articulations avait été décrit par Müller comme une tumeur ; des observations récentes et encore peu nombreuses de Schmolk, de Volkmann, de Kouzime ont établi la nature infectieuse de cette lésion.

A cette question discutée, j'ai fourni l'appoint d'une observation intéressante. Un jeune homme présentait une synovite chronique du

genou ; la synoviale était épaissie, l'articulation semblait remplie de corps étrangers.

Je pratique la synovectomie et je trouve une synoviale tapissée à sa face interne de ces productions lipomateuses qui constituaient nettement ce que Müller avait décrit comme lipome des articulations.

L'examen histologique révéla la nature tuberculeuse de la lésion ; il s'agissait d'une synovite végétante d'origine bacillaire.

En outre, dans l'articulation, il y avait un corps étranger libre, flottant, mobile, qui présentait à l'examen histologique la structure type des arthrophytes. Dans ces cas, comme dans un cas similaire de Dor, le corps étranger venait de la synoviale :il était constitué par une frange synoviale enflammée et hypertrophiée et qui s'était détachée de la paroi et était devenue libre. Le développement de ce corps étranger est donc en rapport avec l'inflammation spécifique de la synoviale, et ce fait laisse entrevoir que certains arthrophytes relèvent, au point de vue de leur pathogénie, de l'inflammation et de l'infection.

Des hernies musculaires.

Neuvième congrès français de chirurgie, 1895, p. 699.

Une hernie à début insidieux, une hernie ayant les caractères cliniques propres à cette affection et étant constituée anatomiquement par cet amincissement extrême de l'aponévrose, recouvrant un faisceau musculaire sain, une hernie vraie par conséquent, peut être cependant la conséquence éloignée d'une rupture musculo-tendineuse ou musculaire.

J'ai observé un homme de cinquante-deux ans qui présentait à la partie supérieure et externe du biceps brachial une hernie musculaire. L'opération montra à son niveau un amincissement très accentué et circonscrit de l'aponévrose : au-dessous, le muscle était intact. Mais à quelques centimètres au-dessus, on trouvait sur le tendon de la longue portion du biceps un noyau cicatriciel, dont la dureté indiquait l'ancienneté. Vingt-cinq ans avant, le malade avait été mordu au bras droit par un cheval, qui l'avait soulevé de terre ; à la suite avaient paru une ecchymose, du gonflement, de l'impotence fonctionnelle pendant quelques semaines : il y avait eu rupture musculo-tendineuse. Ce n'est que quelques semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital qu'avait paru la hernie. Celle-ci fut réparée par excision et suture de l'aponévrose et le résultat thérapeutique est resté très bon.

A ce propos, j'ai fait de nombreuses expériences sur la pathogénie des

hernies musculaires et je suis arrivé à la conclusion suivante : la section sous-aponévrotique d'un tendon rend plus facile la production sur le même muscle mais à distance d'une hernie musculaire par perforation aponévrotique, ou rend celle-ci plus volumineuse lorsqu'elle est déjà produite.

Dans l'histoire des hernies, il y a donc une place à faire pour celles qui sont la conséquence éloignée d'une rupture.

Ostéosarcome du bassin avec oblitération complète de la veine cave inférieure d'origine néoplasique.

Bulletins de la Société anatomique, 1888, p. 551.

Un malade mourait, dans le service de mon maître le Pr Le Dentu, en 1888, d'un ostéosarcome du bassin. A l'autopsie, nous trouvions, avec le néoplasme, une oblitération totale de la veine cave inférieure. C'était une thrombose d'origine néoplasique, fait rare et exceptionnel : les veines iliaques avaient été envahies de dehors en dedans, et les bourgeons avaient végété dans l'intérieur de la veine en remontant vers le cœur.

Malgré l'étendue de cette oblitération veineuse, les troubles circulatoires n'avaient pas été très marqués pendant la vie ; le développement considérable des vaisseaux pariétaux de l'abdomen et des azygos avait établi une suppléance compensatrice.

Ce fait confirme la doctrine de la propagation du sarcome par les veines : les lymphatiques étaient relativement peu atteints.

Des résections dans l'ostéomyélite des os longs.

Gazette des hôpitaux, 1899, nº 143, p. 1301.

La résection dans l'ostéomyélite a pour but de supprimer le foyer principal, le siège primitif de l'affection, et d'éviter pour l'avenir les suppurations qu'entraîne à sa suite la délimitation spontanée d'une nécrose. L'aspect séduisant sous lequel se présentent à première vue ces opérations, les résultats brillants qu'elles ont donnés, ne doivent pas faire oublier les graves conséquences auxquelles elles peuvent exposer, surtout dans leurs applications aux os longs des membres.

Dans ce travail, je m'attache à montrer les avantages et la supériorité d'une manière générale des trépanations, telles que les pratique mon maître M. le Pr Lannelongue. Après avoir rapporté quelques cas observés dans son service, où la résection ne fut pas suivie de régénération osseuse, je termine par les conclusions suivantes :

1° La résection hâtive est une opération d'exception : elle convient

aux formes exceptionnellement graves de l'ostéomyélite. Elle sera diaphysaire dans les pandiaphysites avec décollement périostique total ou presque total ; elle sera épiphysaire dans les ostéomyélites compliquées d'arthrite purulente, où celle-ci est la conséquence de lésions primitives ou secondaires de l'épiphyse.

2° La résection précoce doit être une opération rare ; elle convient aux seuls cas que la trépanation ou l'évidement n'ont pu modifier heureusement, et dont la gravité persistante conduirait à l'amputation.

3° Enfin les résections tardives peuvent et doivent être d'application courante ; elles conviennent à toutes les nécroses, reliquats d'une ostéomyélite aiguë, subaiguë ou prolongée, et dont l'étendue doit attarder la délimitation spontanée.

Des sarcomes primitifs de la clavicule.

Archives des sciences médicales, janvier 1896, n° 1.

On n'a que rarement l'occasion de voir un sarcome de la clavicule et d'enlever cet os en totalité. Si dans les nécroses, si dans les ostéites tuberculeuses primitives ou secondaires, on enlève souvent une partie de la clavicule, l'ablation est en général sous-périostée et presque toujours partielle. La régénération, plus ou moins complète, qui suit l'opération ne permet pas de juger des résultats fonctionnels que donne la suppression totale et complète de la clavicule. J'ai eu, il y a déjà quelques années, l'occasion de pratiquer la résection totale de la clavicule sur une jeune fille de vingt-deux ans, pour un sarcome.

A la suite de cette opération, le résultat fonctionnel fut surprenant : en moins de six semaines, tous les mouvements du bras et de l'épaule étaient revenus.

J'ai profité de cette observation intéressante pour rechercher et rassembler les cas semblables, pour les analyser et les comparer. Tel est l'objet de ce travail.

Dans une première partie, je présente une étude d'ensemble sur les sarcomes de la clavicule, et dans la seconde, j'étudie la résection de la clavicule au point de vue opératoire avec ses accidents, ses dangers et ses résultats fonctionnels.

Des indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule.

Semaine médicale, 29 mai, 1901, n° 23, p. 177.

A propos d'un cas de luxation ancienne de l'épaule que j'eus à traiter

à l'Hôtel-Dieu en 1901, j'étudie quelques points de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique de ces luxations.

Au point de vue *anatomique*, je distingue les lésions qui sont *la cause* de l'irréductibilité (interposition capsulaire, fracture, etc.) et les lésions qui sont la *conséquence* de l'irréductibilité (rétraction de l'orifice capsulaire, néarthrose, etc.).

Lorsque les mouvements ne sont plus suffisants, l'intervention est nécessaire et doit remplacer les anciennes méthodes de force.

Pour l'intervention, je préconise l'incision antéro-externe et la section de *l'arc acromio-claviculaire* suivant le procédé du Pr Duplay. En outre, je montre les avantages, sur la malade qui fait l'objet de cette clinique, de la *section temporaire de l'apophyse coracoïde* pour dégager la tête humérale. Le résultat fut excellent.

Luxation double de l'astragale. Ablation de l'astragale. Guérison.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1899, p. 342.

Pour les luxations complexes de l'astragale, je préconise l'ablation de l'os, comme la seule façon de rendre aux articulations du pied la mobilité qui leur manque. Aucune autre méthode ne peut donner un résulrésultat aussi bon que celui que j'ai obtenu sur mon malade, et mes conclusions ont été confirmées par M. Reynier qui fit sur cette observation un rapport à la Société de chirurgie : elles sont reproduites dans la thèse de mon élève Carbonell (Les indications de l'astragalectomie dans les luxations irréductibles de l'astragale. *Thèse de doctorat*. Paris, 1899).

Du cerclage de l'olécrâne.

Decq. *Des fractures de l'olécrâne, leur traitement par le cerclage*. Thèse de Paris, 1902.

En 1900, ayant à traiter une fracture de l'olécrâne par la suture à St Louis, j'eus l'idée de pratiquer pour cette opération le cerclage qui donnait de si bons résultats à la rotule. Depuis lors, j'ai répété quelquefois cette opération sur le malade et mon élève Decq a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette question sur laquelle M. le Pr Berger venait de faire une intéressante communication à la Société de chirurgie (18 décembre 1901).

Les radiographies de mes opérées, publiées dans cette thèse, montrent l'exactitude du résultat orthopédique, et la coaptation parfaite des fragments.

Le cerclage évite la saillie du fil métallique à l'intérieur de l'article ; il s'adapte à tous les cas et quel que soit le volume du fragment supérieur, et il se présente pour ces raisons comme le traitement de choix des fractures de l'olécrâne qui sont justiciables de l'intervention sanglante.

Appareil de marche pour fracture de cuisse.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t XXX, 1904, p. 118.

J'ai cherché à remédier à cet inconvénient par lequel les appareils de marche pour fracture de cuisse ne sont pas des appareils de réduction.

Pour cela, je commence d'abord par faire la réduction avec l'appareil de Tillaux pendant dix à douze jours, puis, à ce moment, j'applique sur cette fracture déjà réduite, en situation horizontale, et avec la même extension que précédemment, un appareil de marche qui consolide la fracture dans la situation où il la prend.

TROISIÈME GROUPE. — ABDOMEN.

Nouveau procédé d'hépatopexie.

Chevallier : *Technique de l'hépatopexie. Procédé de Legueu.* Paris, Carré et Naud, 1898.

Les différents procédés jusqu'alors utilisés pour la fixation du foie mobile ne me semblaient pas capables d'assurer une solidité suffisante. La plupart des auteurs, en effet, passent les fils superficiellement dans le parenchyme hépatique ; la prise est minime, on est obligé de multiplier le nombre de ces fils.

J'ai pensé obtenir un meilleur résultat en passant dans toute l'épaisseur du foie, du haut en bas, de la face supérieure à la face inférieure, un fil unique mais double, et qui après avoir traversé de droite à gauche la face inférieure du foie, va ressortir à gauche sur la face supérieure. Pour que la vésicule biliaire ne soit pas comprise dans cette anse, je la contourne en faisant passer le fil au-dessus d'elle dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique.

Ainsi disposé, le fil soulève à la manière d'un échelon le foie tout entier ; les deux chefs de droite sont passés à travers les derniers espaces intercostaux et noués entre eux : les deux chefs de gauche sont passés aussi haut que possible dans la paroi abdominale, sous la peau bien entendu, et le foie est ainsi solidement maintenu ; c'est le principe du procédé de M. Guyon pour la néphrorrhaphie, appliqué au foie.

J'ai mis deux fois ce procédé en pratique : les observations sont publiées tout au long dans la thèse de mon élève Chevallier, et chez les deux malades la fixation du foie est encore aujourd'hui d'une solidité parfaite ; l'opération remonte à plusieurs années.

Deux cas d'hépatectomie pour syphilis.

XIV[e] *Congrès de chirurgie*. Paris, 1901, p. 607.

J'ai eu l'occasion d'enlever avec succès deux grosses tumeurs du foie de nature probablement syphilitique : dans un cas d'ailleurs l'examen histologique a confirmé mes suppositions.

L'intérêt de ces opérations qui furent toutes les deux suivies de succès réside surtout dans la largeur de l'exerèse hépatique que j'ai dû faire, et dans le procédé d'hémostase auquel j'ai eu recours.

J'ai dû, à l'improviste, le composer extemporairement lorsqu'au cours d'une laparotomie je me suis trouvé en présence d'une lobe hépatique à enlever : il consiste exclusivement à solidariser entre eux tous les fils en U qui sont placés autour de la tranche hépatique à sectionner.

Ces faits de syphilis méconnue ne sont pas très rares, et mon élève Steiner en a rassemblé un certain nombre dans sa thèse (Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. *Thèse de doctorat*. Paris, 1902).

Chirurgie des voies biliaires.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, t. XXIX, 1903, p. 672.

Au cours d'une discussion sur la lithiase du cholédoque, j'ai rapporté une observation de pancréatite chronique avec ictère complet par rétention, simulant un calcul. Au cours de l'opération, constatant une tumeur de la tête du pancréas, je pensai à un cancer. L'évolution ultérieure de la maladie, la guérison complète de la malade, guérison vérifiée à plusieurs années de distance, me montra qu'il ne s'agissait que d'une pancréatite.

En ce qui concerne la suture du cholédoque, j'ai montré que dans les cas où cette suture se présentait comme assez facile, ce qui est assez rare, il n'y a aucune raison pour ne pas la faire, et il y a même de bonnes raisons pour la tenter. J'ai guéri ainsi en neuf jours, par la cholédochotomie avec suture, une fistule biliaire qui datait de plusieurs années et était entretenue par la permanence d'un calcul dans le cholédoque. Je ne crois pas que, sans la suture, j'aurais eu un succès aussi rapide.

Les indications de la suture sont, à mon avis, l'accès facile, la perméabilité certaine du cholédoque; le drainage vésiculaire est une condition nécessaire.

De la dilatation stomacale aiguë post-opératoire.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXXI, 1905, p. 975.

A la suite d'une néphrectomie pour tuberculose rénale sans incidents et sans ouverture de péritoine, une malade de trente ans présentait, au bout de quatre jours, une telle dilatation de l'estomac que jusqu'au pubis on le sentait clapoter, et la distension de l'organe était si considérable que le ventre présentait une énorme saillie. Un lavage de l'estomac pratiqué aussitôt me permit de retirer deux litres et demi d'un liquide noir extrêmement fétide. Les jours suivants, la distension de l'estomac persista : je dus procéder deux fois par jour à l'évacuation, puis au bout de quelques jours, bien que la malade fût à la diète absolue, une diarrhée intense se produisit et la malade mourut.

Cet exemple très net d'une complication rare des opérations, la dilatation post-opératoire, fut communiqué par moi à la Société de chirurgie avec une autre observation que m'avait envoyé Bockardt (de Berlin). L'intérêt de mon observation réside, en effet, dans ce fait que le péritoine n'avait pas été ouvert et qu'on ne peut, par conséquent, confondre cette paralysie stomacale avec ces phénomènes de paralysie intestinale qu'on observe à la suite des opérations abdominales.

J'ai insisté sur ce que cette complication était surtout observée à la suite des opérations *rénales*, en particulier à la suite de la néphrorraphie ; elle me paraît en rapport avec une irritation du plexus cœliaque et plusieurs faits du même genre observés en chirurgie rénale, mais sans la même gravité, me servirent à appuyer ma théorie.

L'infection ne joue dans ces faits qu'un rôle nul ou accessoire et l'élément nerveux a une influence prédominante. Voilà la notion capitale qui se dégage de cette communication.

Ces accidents sont combattus très heureusement par le lavage de l'estomac pratiqué au moindre symptôme indiquant le trouble stomacal.

Des occlusions intestinales post-opératoires.

Bulletins de la Société anatomique, juin 1894, p. 474.
Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895, et *Semaine médicale*, 1895, p. 378.
Gazette des hôpitaux, 23 novembre 1895, n° 136.

Dans une communication à la Société anatomique de Paris, en 1894,

et plus tard dans une communication au Congrès de Bordeaux, j'ai apporté une contribution nouvelle à l'histoire des occlusions intestinales par imperméabilité de l'angle colique sous-costal gauche, dont Adenot avait déjà expliqué la pathogénie.

Une malade, que j'avais opérée d'ovariotomie, mourait au cinquième jour d'occlusion intestinale, malgré une laparotomie exploratrice qui m'avait permis de lever l'obstacle.

C'était une bride située au-devant de l'angle colique gauche, bride ancienne et vasculaire, mais mobile. Quand on la soulevait, le cours des matières se faisait librement : abandonnée à elle-même, elle retombait sur le côlon dont elle aplatissait le calibre. Il est probable que la suppression d'un gros kyste de l'ovaire avait amené la ptose du côlon transverse : celui-ci, dans cette nouvelle attitude, exerçait sur la bride une traction qui déterminait l'aplatissement de l'angle colique gauche.

Reprenant plus tard l'histoire générale de ces occlusions post-opératoires, je les ai classées en trois groupes : 1° les occlusions dues à un obstacle correspondant comme siège au foyer même de l'opération, ce sont les plus communes ; 2° les occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire, elles viennent en seconde ligne par ordre de fréquence ; et 3° les occlusions sans obstacle mécanique ; elles sont les plus rares.

Lors donc que l'on fait une laparotomie pour occlusion intestinale post-opératoire, c'est au foyer opératoire qu'il faut se porter tout d'abord. Si l'on n'y trouve rien, il faut explorer l'angle colique gauche,

Ce n'est qu'après avoir fait cette double exploration que l'on conclura, si elle est négative, que l'occlusion n'est pas causée par un obstacle mécanique : et alors, c'est à l'anus contre nature que l'on aura recours.

Laparotomie pour occlusion intestinale.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1897, p. 340. (Rapport de Broca, 25 juin 1897.)

Parmi les occlusions intestinales que j'ai eu à traiter, il en est deux qui concernent des variétés assez exceptionnelles et que j'ai cru devoir communiquer à la Société de chirurgie ; elles furent l'objet d'un rapport de mon collègue Broca et le point de départ de la discussion de 1897.

Sur un homme de trente-sept ans, atteint depuis quelques jours d'une occlusion complète, je trouvai, à l'ouverture de l'abdomen, le cæcum dans la région épigastrique. Son énorme dilatation le faisait ressembler à l'estomac. La cause de l'occlusion résidait dans une torsion du cæcum et de la première partie du côlon ascendant. Il y avait à la fois torsion et

déplacement du cæcum. Il fut facile de détordre l'intestin ; mais, pour le réduire, il fallut inciser le cæcum et évacuer les matières qui le distendaient, environ 1 litre 1/2. Le malade mourut le troisième jour.

Dans une autre observation, il s'agissait d'une malade de soixante et un ans chez laquelle, malgré la réduction d'une hernie étranglée, tous les phénomènes d'occlusion persistèrent. La laparotomie, pratiquée le sixième jour, montra qu'il n'existait aucun étranglement, aucun obstacle mécanique. On trouvait, sur l'intestin grêle, la trace de l'étranglement, sous forme d'un sillon circulaire ; mais, à ce niveau cependant, le calibre de l'intestin n'était pas effacé, bien que la dilatation s'arrêtât juste à cet endroit. Après la laparotomie, le cours des matières se rétablit rapidement. C'est un cas de paralysie réflexe de l'intestin, consécutive à un étranglement herniaire.

De l'appendicite.

L'œuvre médico-chirurgical. Paris, Masson, 1897.

Ibid. Paris. Masson, 1898.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXVIII, 1902, p. 946.

Par une série de travaux, j'ai pris part au grand mouvement chirurgical qui s'est réalisé autour de l'appendice.

Après avoir par des recherches anatomiques défini toutes les variétés de situation de l'appendice (voir p. 132), j'ai résumé, en 1897, dans une monographie, toute l'histoire actuelle de l'appendicite. C'était une mise au point de la question, dans laquelle je défendais le traitement opératoire aussi immédiat que possible. Cette monographie ayant été rapidement épuisée, j'ai dû refaire dans la même collection une nouvelle monographie sur le traitement seulement de l'appendicite, j'y défendais la même conduite ; et, adepte des idées et des doctrines du P[r] Dieulafoy, je défendais encore le principe de l'opération hâtive.

Pour contribuer à l'étude des formes toujours si multiples, si bizarres et si variées de cette maladie, j'ai rapporté un cas exceptionnel d'appendicite pelvienne (Société anatomique, 1892, p. 69).

Des hématuries répétées et des urines purulentes, la sensation d'une tumeur volumineuse au-dessus et en arrière de la vessie avaient fait porter, chez une femme, le diagnostic de néoplasme vésical inopérable. A l'autopsie, on trouva une collection de pus et de sang enkystée par des adhérences anciennes en avant de l'utérus, en arrière de la vessie. Dans le sommet de la poche se trouvait l'appendice enveloppé dans des adhérences

scléreuses : il s'agissait d'une vieille appendicite pelvienne ouverte dans la vessie.

Enfin, en 1902, j'eus l'occasion de soulever à la Société de chirurgie une des discussions les plus importantes qui se soient élevées sur cette question au sein de cette Société.

Je venais d'observer un enfant qui refroidissait tranquillement une appendicite lorsque, brusquement, il fut pris un jour d'accidents graves qui entraînèrent la mort avant qu'on eût le temps d'intervenir. A l'autopsie, on trouvait une péritonite généralisée causée par la rupture d'un abcès latent développé lui-même autour de l'appendice.

Ce cas mettait donc nettement en cause la temporisation et une temporisation bien faite.

Les partisans de l'expectation relevèrent aussitôt le défi, et un grand débat s'engagea pendant près de cinq mois sur le traitement de l'appendicite. Le 18 février 1903, je pouvais résumer la discussion, et quelles que furent pour moi les difficultés qu'il y eut à concilier des opinions complètement opposées, il résultait de tout cet ensemble ceci : d'une part, c'était pour nous, dans un grand nombre de cas, l'impossibilité de « distinguer les appendicites qui veulent bien se laisser refroidir de celles qui vont tuer sans merci », et aussi les difficultés d'une temporisation et la nécessité, pour la bien faire, d'une surveillance minutieuse et de tous les instants.

Depuis lors, la connaissance plus parfaite de l'appendicite a permis de mieux distinguer les formes graves, et les divergences d'opinion et ce pratique sont devenues moins profondes. Mais mes conclusions en ce qui concerne l'expectation sont toujours vraies : elle doit être très minutieuse, très efficace sous peine d'être très dangereuse, et j'ai vu depuis lors deux malades qui sont morts dans mon service sous une temporisation imparfaitement surveillée.

Enfin, dans la thèse de mon élève Bordesoule (*thèse de doctorat*, Paris, 1905. *Sur la phlébite après l'appendicectomie à froid*), j'ai montré que la phlébite était plus fréquente après l'appendicectomie qu'après beaucoup d'autres opérations chirurgicales, et rapporté quelques observations à l'appui.

Appendicites à forme néoplasique.

(En collaboration avec le Dr BEAUSSENAT)

Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. 1898, n° 2, p. 301.

Nous décrivons ici une forme clinique nouvelle de l'appendicite, la

forme néoplasique. La maladie affecte, en effet, les allures d'un néoplasme, soit qu'une tumeur dure, peu douloureuse, envahisse la région appendiculaire, soit qu'avec une réaction locale faible, des signes de cachexie se manifestent sur l'appareil digestif (perte de l'appétit), sur la peau (teint jaune paille). Nos malades furent, les uns considérés comme atteints de sarcome de l'abdomen, les autres comme atteints de cancer de l'estomac. Et, dans tous les cas, les symptômes observés avaient leur raison d'être dans un foyer infectieux appendiculaire.

Nous avons insisté sur la fièvre qui ne manque que très rarement dans ces cas et qui nous a permis plusieurs fois, en dehors de tout examen du sang, de faire un diagnostic que l'opération a heureusement confirmé.

Étranglement de l'appendice dans une hernie crurale.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXX, 1904, p. 1036.

Je rapporte ici un cas d'étranglement de l'appendice dans une hernie crurale ; l'étranglement ne donna lieu à aucun accident, bien qu'il fût assez serré. Il n'y eut ni fièvre, ni vomissement, et ce fait démontre que l'appendice étranglé dans une hernie ne provoque pas les accidents que donne son inflammation et qu'il y a, par conséquent, une différence entre l'étranglement de l'appendice et l'appendicite herniaire.

Tuberculose du cæcum.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1. XXXI, p 610.

Sur deux malades du Pr Dieulafoy, j'ai fait la résection du cæcum pour tuberculose. Ce sont ces deux observations, dont l'une est déjà décrite dans dans les cliniques du Pr Dieulafoy (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1901-1902, p. 286), que je communique à la Société de chirurgie. Ces deux opérations ont donné un résultat satisfaisant.

Elles sont intéressantes aussi au point de vue anatomique, car elles représentent deux types très différents de la tuberculose du cæcum. Dans l'une, il s'agit de la forme classique, fibrolipomateuse, à apparence de néoplasme : c'est la tuberculose hypertrophique de Dieulafoy. Dans l'autre, au contraire, les lésions prédominent sur les ganglions : ceux-ci forment la partie principale de la masse, de telle sorte que l'on peut décrire une *forme ganglionnaire*, opposée à la première, et dans laquelle le cæcum, plutôt atrophié, présente les lésions initiales localisées dans les follicules clos.

Des récidives de la hernie inguinale.

Leçons de clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 168-185.

La question de la récidive des hernies inguinales est complexe : j'y apporte ma contribution avec 27 observations personnelles.

La récidive provient de la *hernie*, du *sujet* ou de *l'opération*.

Du côté de la *hernie*, seul le volume a une grosse importance et favorise nettement le production d'une nouvelle éventration. Il en est de même des adhérences : elles sont une condition fâcheuse pour l'avenir. Les hernies congénitales récidivent aussi souvent que les hernies acquises.

Du côté du *sujet*, l'état de la paroi est celui qui a le plus d'importance : mieux vaut une grosse tumeur avec une bonne paroi que de mauvais tissus avec une petite hernie.

Du côté de l'*opération*, je relève l'importance de l'hématome, de la suppuration, du lever trop hâtif et, enfin, de l'abus des fils de catgut. Je suis partisan, pour les sutures de la paroi postérieure du canal inguinal, des sutures perdues au crin de Florence.

QUATRIÈME GROUPE. — DIVERS

De l'autoplastie par glissement du sein.

Douzième Congrès français de chirurgie. Paris, 1898, p. 225,
et *Leçons de clinique chirurgicale.* Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 160.

C'est une nouvelle méthode de l'autoplastie du sein que je préconise dans cette communication.

Dans les cancers très étendus, surtout dans les opérations pour récidive étendue, la perte de substance est si considérable après l'opération qu'on a beaucoup de peine à trouver de la peau pour combler la perte de substance. J'ai montré les avantages qu'il y avait alors à utiliser pour cette autoplastie le sein du côté opposé.

A l'aide de deux grandes incisions, je le décolle de la paroi thoracique et, le ramenant du côté opposé, je l'étale à la surface de la plaie et le suture au bord de la première excision cutanée. Le mamelon devient médian : l'esthétique est peu sauvegardée, mais je ne recommande ce procédé que dans des cas de cancers très étendus où la question d'esthétique devient très secondaire.

Ce procédé, d'ailleurs, a été mis en pratique par plusieurs chirurgiens

qui l'ont défendu dans leurs écrits tels que Grœve (d'Upsal), Assaky, Morestin, Chavannaz.

Tuberculose de la parotide.

Comptes rendus de la Société de biologie, 1896, p. 856.
et *Presse médicale*, 1896, nº 57, p. 338
(En collaboration avec M. Marien.)

J'ai observé le premier cas publié en France de tuberculose de la parotide. J'ai profité de cette observation rare pour analyser, avec mon collaborateur et ami Marien, la pathogénie de l'infection tuberculeuse des glandes salivaires.

Une jeune fille de treize ans présentait au niveau de la joue, en avant du masséter, à peu près sur le trajet du canal de Sténon, une petite tumeur du volume d'une noisette, lisse, régulière et arrondie. Adhérente à la peau, elle tenait aussi aux parties profondes. Indolente à la pression, elle donnait un peu la sensation d'un kyste dermoïde enflammé.

Je l'extirpai : elle était constituée par une caverne entourée d'une zone de tissu condensé. A l'examen histologique, il nous fut facile de déceler la nature tuberculeuse de la lésion : il y avait des follicules tuberculeux et des bacilles dans la paroi. De plus, c'était une tuberculose manifestement glandulaire, car dans la paroi de la caverne se montraient les culs-de-sac glandulaires, altérés et envahis par l'infiltration tuberculeuse.

En examinant la lésion dans les régions éloignées du centre de la caverne, dans la zone d'envahissement, nous avons pu constater nettement que la lésion initiale était prédominante au niveau des canaux excréteurs ; dans le lobule, totalement envahi, il y avait déjà de la caséification au centre, alors qu'à la périphérie on ne constatait encore que de l'infiltration embryonnaire.

C'est en nous basant sur ces constatations très précises que nous avons établi que l'infection tuberculeuse des glandes salivaires s'effectue par les canaux excréteurs, par la voie canaliculaire ascendante, et non par la voie circulatoire. La tuberculose de la parotide est donc analogue dans son évolution aux infections banales des glandes salivaires, si bien étudiées dans le travail de Claisse et Dupré.

De la dyspnée dans le cancer du pharynx.

Gazette médicale, 1887, p. 525.

J'ai signalé une nouvelle cause de dyspnée au cours du cancer du

pharynx : c'est l'envahissement par le néoplasme du nerf pneumogastrique lui-même. Il en était ainsi sur une malade que j'observai en 1887 et qui, malgré la trachéotomie précoce, continua cependant à présenter des crises de dyspnée dont elle mourut.

La dyspnée était intermittente : c'était une dyspnée ressemblant à ce qu'on observe dans les accès d'asthme.

A l'autopsie, nous ne trouvions aucune compression sur la partie supérieure de l'appareil respiratoire ; mais le pneumogastrique, ainsi que le laryngé supérieur du côté correspondant, adhéraient à la tumeur, et j'ai cru pouvoir expliquer par l'irritation de ce nerf la pathogénie des phénomènes observés.

Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire.

Leçons de clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 132.
Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, t. XXIX, 1903, p. 42.

A propos d'un cas de fracture ancienne du col du condyle avec ankylose de la mâchoire inférieure, j'étudie les problèmes souvent difficiles que nous offre cette affection.

Pour le traitement, je donne la préférence à la résection du condyle avec l'ostéotomie du col du condyle.

L'opération pratiquée sur le malade donna un résultat immédiat assez favorable ; le résultat éloigné fut très remarquable. Le malade qui, depuis très longtemps, depuis treize ans, ne pouvait ouvrir la bouche, pouvait donner une ouverture très large, sans aucune tendance à la rétraction, et j'ai pu le présenter à la Société de chirurgie, en 1903, absolument guéri.

Sarcogliome du cerveau. — Opération. Guérison.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXXII, 1906.

Je présente un malade opéré d'un gliosarcome du cerveau et complètement guéri. A la suite de plusieurs attaques d'épilepsie jacksonienne, consécutives à une chute sur la tête, j'avais été appelé à porter le diagnostic de fracture avec esquille comprimant le cerveau. A l'opération faite largement, je trouvai une grosse tumeur du cerveau que j'enlevai largement. Je réunis sans drainage les méninges et remis en place le volet osseux. Le malade réunit par première intention

Contusion artérielle et anévrisme traumatique.

(En collaboration avec le Dr Meslay.)

Bulletins de la Société anatomique, LXXIXe année, 1899, 6e série, t. I, p. 470.

Sur une petite artère, j'ai pu saisir sur le vif la genèse d'un anévrisme traumatique. A la suite d'un coup, une petite tumeur s'était développée sur le trajet de l'artère temporale d'un jeune homme de 17 ans. A l'examen histologique, nous trouvions une rupture des parois musculo-élastiques : le calibre de l'artère était encore intact. Mais si la lésion avait évolué, la dilatation de la partie rompue aurait produit un sac anévrismal.

Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite.

In thèse de Lanessus. Paris, 1896.

J'ai opéré par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites un volumineux anévrisme du tronc brachio-céphalique. Cette observation est publiée tout au long dans la thèse de Lanessus. Le volume de la tumeur m'avait forcé de rejeter la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Il n'y eut aucun trouble fonctionnel consécutivement à cette ligature et la malade éprouva pendant six mois une notable amélioration. Au bout de ce temps, la tumeur augmenta et se rompit brusquement. A l'autopsie, nous avons constaté que le tronc brachio-céphalique était presque indemne ; l'anévrisme siégeait sur la crosse de l'aorte et s'était rompu dans le péricarde.

ARTICLE III

GYNÉCOLOGIE

Traité médico-chirurgical de gynécologie.

(En collaboration avec M. Labadie-Lagrave, 3e édition, Paris, Alcan, 1904.)

Ce volume de 1 298 pages, illustré de 323 figures, dont beaucoup ont été exécutées d'après des pièces personnelles, contient un exposé complet de la Gynécologie, envisagée au double point de vue médical et chirurgical.

Tout en utilisant les ouvrages antérieurs, nous avons essayé de faire œuvre originale par la façon de présenter les questions au point de vue clinique au moins. Nous avons fait en sorte de nous tenir au courant des dernières recherches et de n'omettre, parmi les travaux les plus récents, aucun de ceux qui présentaient une réelle valeur.

Dans la partie qui a trait à la Thérapeutique générale, nous avons décrit dans des chapitres absolument nouveaux le traitement hydrominéral, le traitement hydrothérapique des affections gynécologiques, et les médications nouvelles comme les injections de solutions salines, l'opothérapie, etc.

Plusieurs affections, qui, jusqu'ici, avaient été laissées au second plan dans les ouvrages classiques, nous ont paru mériter une description spéciale, soit à cause de l'intérêt qui s'attache aujourd'hui à leur étude, soit à cause des relations intimes qu'elles affectent avec d'autres maladies de l'appareil génital. Telles sont la leucoplasie vulvo-vaginale, le kraurosis vulvæ, les kystes hydatiques pelviens, l'urétrocèle, la destruction de l'urètre, l'insuffisance urétrale, etc.

Dans le groupe des tumeurs, nous avons consacré des développements étendus aux questions d'actualité, telles que les tumeurs utéro-placentaires, la môle hydatiforme, la structure et la pathogénie des fibromes, les sarcomes de l'utérus, etc.

Dans l'étude des opérations, nous avons toujours exposé les procédés les plus récents et les plus importants ; mais nous nous sommes surtout attachés à étudier les *résultats éloignés*, au point de vue de la grossesse et de l'accouchement en particulier, et à présenter les *indications* de ces opérations. Leurs complications communes, les conséquences éloignées ont fait l'objet d'un chapitre à part. Nous avons pu, ainsi, présenter une étude d'ensemble des septicémies péritonéales, des occlusions intestinales, des hémorragies, des fistules, des éventrations, des délires post-opératoires et des troubles consécutifs à la castration.

Enfin, nous avons apporté toute notre attention à l'étude des relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire, et nous avons consacré un chapitre spécial à cette si importante question.

PREMIER GROUPE. — UTÉRUS

Du rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins.

Bulletins de la Société anatomique, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 329.
(En collaboration avec M. Marien, de Montréal.)

En examinant histologiquement des fibromes jeunes, enlevés de bonne heure par l'hystérectomie vaginale, j'ai pu étudier certains détails de leur histoire, préciser et expliquer certaines de leurs transformations, et j'ai cherché même à surprendre leur mode de production. Ces recherches ont été effectuées sur un grand nombre de pièces ; elles ont été faites en collaboration avec mon élève et ami le D[r] Marien, de Montréal.

Nous nous sommes surtout attachés à l'étude de la genèse, de l'évolution et du rôle des éléments glandulaires dont, après Hauser, Schottländer, Recklinghausen, etc., nous avions constaté la présence.

Origine. — Nous avons montré comment ces éléments glandulaires prenaient naissance dans la muqueuse même de l'utérus, dont ils sont une dépendance, à laquelle ils sont reliés par places d'une façon très directe.

Rôle. — Sur une de nos tumeurs, il nous a semblé que la prolifération glandulaire avait été l'origine de la production du myome : l'inflammation partie de la muqueuse s'était propagée au tissu sous-muqueux et y avait déterminé l'hyperplasie des éléments musculaires et fibreux qui constituaient la tumeur, et, en allant de la muqueuse à la périphérie, on trouvati

tous les intermédiaires entre l'infiltration embryonnaire en dedans et la prolifération musculaire et fibreuse en dehors.

Ce fait vient à l'appui de la théorie irritative et inflammatoire des tumeurs conjonctives.

Évolution. — Les éléments glandulaires inclus dans les fibromyomes peuvent subir trois évolutions : 1° ils *s'atrophient*; 2° ils se transforment *en kystes*; 3° ils dégénèrent en *cancers*.

Ils se transforment en kystes, et nous pensons que c'est à l'évolution de ces éléments épithéliaux que l'on doit attribuer la production des kystes à revêtements épithéliaux que l'on trouve souvent dans les myomes. Sur une de nos pièces, en effet, nous avons trouvé côte à côte des cavités kystiques et des éléments glandulaires disséminés mais non encore transformés.

Ils dégénèrent en cancers : ils évoluent alors comme un parasite de la tumeur principale; et nous rapportons une observation qui explique de cette façon la question si controversée de la transformation des fibromes en cancer.

De la valeur des hystérectomies dans le traitement des fibromes utérins.

Leçons de clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 394.
Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, tome XXIX, 1903, p. 1028.
Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 1904, p. 293.

L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix dans le traitement des fibromes utérins; elle a pris la place qu'a perdue l'hystérectomie vaginale. L'hystérectomie subtotale doit avoir toutes nos préférences, comme infiniment plus bénigne et plus simple.

L'énucléation n'est qu'une méthode exceptionnelle chez les femmes âgées. Il n'y a aucun avantage à conserver un utérus qui peut contenir des germes de nouvelles tumeurs. L'opération n'est pas d'ailleurs beaucoup plus simple ni plus bénigne qu'une hystérectomie. Dans quelques cas, elle est impossible : il est des fibromes qui sont inénucléables.

De la pyométrie comme complication du cancer du col utérin.

(En collaboration avec le Dr Besreyend.)
Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1899, n° 5.

La pyométrie est une complication grave du cancer utérin; l'ayant observée, en ayant compris toute la gravité, nous avons cherché dans ce travail à mettre en relief les traits anatomiques qui la caractérisent et les

symptômes qui permettent de la reconnaître et, enfin, à en déduire quelques conclusions pratiques.

La variété de cancers du col qui s'accompagne ordinairement de pyométrie, est l'épithélioma du canal cervical ; le plus souvent, c'est assez haut que siège l'atrésie, au niveau de l'orifice interne ; totale dans quelques cas, elle est généralement partielle, mais assez serrée. Il est fréquent que le cancer lui-même, bien qu'ayant atrésié le canal cervical, soit peu développé ; dans un cas même, il fallut le microscope pour affirmer la nature cancéreuse du rétrécissement ; le néoplasme, à l'œil nu, passait inaperçu.

La quantité du liquide contenu dans la poche utérine est des plus variables ; elle peut aller de quelques grammes au volume d'une tête de fœtus. La nature de ce liquide présente également de fortes différences ; tantôt c'est du pus franc, particulièrement fétide ; tantôt c'est un liquide brun chocolat, évidemment coloré de pigment sanguin, et tenant en suspension des parcelles de tissu sphacélé ; pyométrie franche ou hémato-pyométrie, le sang y est, en tout cas, très profondément altéré.

La paroi du kyste purulent formé par la cavité utérine n'est pas toujours d'un aspect uniforme. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, on l'a trouvée plusieurs fois très lisse et nullement fongueuse d'aspect. Cet aspect répond surtout aux grandes pyométries.

Enfin, dans le cas qui nous appartient, nous avons trouvé, du côté des ganglions iliaques, des lésions très probablement en rapport avec la pyométrie. Cette complication n'a été signalée par aucun des auteurs précédents ; cela s'explique par ce fait que les opérations par voie vaginale n'ont jamais permis, jusqu'à ce jour, de vérifier l'état des ganglions voisins.

La *symptomatologie* de ces pyométries est très obscure, et la plupart des observations précédemment publiées relatent des erreurs de diagnostic. Deux cas peuvent se présenter :

Si le liquide est peu abondant, l'utérus peu augmenté de volume, la rétention passera purement et simplement inaperçue ; on la reconnaîtra au cours de l'opération, trop tard pour y appliquer un traitement efficace.

Si la pyométrie est d'un gros volume, l'erreur de diagnostic est presque fatale, et elle sera très variable.

D'un volume modéré, elle est presque toujours confondue avec un cancer du corps de l'utérus.

D'un volume plus considérable, elle en impose pour une tumeur solide, un fibrome.

Enfin, il est intéressant de signaler l'erreur qui fut commise un ins-

tant dans un cas : la tumeur avait été diagnostiquée fibrome, et, le ventre ouvert, la mollesse et l'aspect de l'utérus donnèrent l'impression d'une grossesse méconnue.

Il est difficile d'indiquer des signes assez précis pour prévenir le retour de ces erreurs. On a signalé, à la vérité, une sensation de rénitence élastique et même, dans certains cas, de fluctuation vraie. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, la présence de pus stagnant dans l'organe n'a pas donné lieu aux signes ordinaires de l'infection : la température n'a pas montré les oscillations caractéristiques ; les malades n'ont jamais présenté les symptômes de l'hecticité ; dans un seul cas, on a signalé une élévation de température vespérale. Il n'est donc pas exagéré, maintenant que la fréquence de la pyométrie est reconnue, de recommander de propos délibéré le *cathétérisme préliminaire de l'utérus, avant toute intervention pour cancer du col.*

Nous recommandons encore les mesures préventives que voici : toutes les fois qu'une malade atteinte de cancer du col est préparée en vue d'une hystérectomie abdominale totale, pratiquer, d'une façon prudente, le cathétérisme de l'utérus. Si le col est atrésié en tout ou en partie, il ne faut pas hésiter à lui rendre sa perméabilité et à drainer l'utérus en y plaçant, avec toutes les précautions d'usage, une mèche de gaze iodoformée.

Si le col est perméable, on pourra néanmoins faire une toilette utérine préliminaire, consistant en injection intra-utérine et drainage.

Si la pyométrie est découverte au cours de l'opération, sa gravité variera suivant le soin plus ou moins grand avec lequel on aura protégé l'intestin ; si elle est reconnue avant d'ouvrir l'organe, on essaiera d'éviter cette ouverture en modifiant la technique, ou l'on tentera, en coupant le col très bas, au besoin au-dessous d'un champ ou d'une ligature, d'éviter ou, tout au moins, de restreindre l'écoulement.

Enfin, si la pyométrie n'était reconnue qu'à la section de l'utérus, la seule indication, dans ce cas défavorable, serait de terminer rapidement cette section, en garantissant le mieux possible les parties avoisinantes, et de drainer largement la plaie opératoire.

Hystérectomie abdominale pour cancer au huitième mois de la grossesse.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 1901, p. 14 et p. 88.

J'ai eu l'occasion d'opérer à cette époque une malade enceinte qui était atteinte, en même temps, d'un cancer de l'utérus.

J'ai suivi et opéré cette femme au huitième mois ; je lui ai fait une

hystérectomie abdominale totale après avoir extrait par la *césarienne* un enfant vivant. J'ai suivi de près la malade qui n'a pas tardé à récidiver, alors que l'enfant était mort peu de temps après l'opération. Et, me trouvant alors en possession d'une observation très complexe sur une question qui soulève les plus délicats problèmes qu'on ait à résoudre dans la pratique chirurgicale, j'ai provoqué au sein de la Société une importante discussion sur le traitement du cancer opérable de l'utérus pendant la grossesse : à cette discussion ont pris part les accoucheurs et les chirurgiens.

A peu de différences près, les conclusions de mon travail furent acceptées.

Dans les trois *premiers mois* de la grossesse, la grossesse sera le plus souvent méconnue et la malade sera traitée comme si elle n'était pas enceinte.

Dans la période qui *s'étend de quatre à cinq mois*, il vaut mieux attendre : quelques semaines de plus donneront à l'enfant plus de vitalité sans compromettre trop sérieusement la santé de la mère.

Dans la *dernière période de la grossesse*, l'hystérectomie abdominale totale pratiquée à la fin de la grossesse, au commencement du travail, représente l'opération de choix.

Sur 7 opérations, il y a 6 guérisons pour la mère; 4 enfants ont été extraits vivants, 3 sont morts au moment de l'opération ou n'ont pu être ranimés.

Ces chiffres suffisent à prouver la bénignité relative de l'hystérectomie dans ces circonstances, d'autant plus que plusieurs malades étaient, comme la mienne, dans de très mauvaises conditions au moment où l'on est intervenu.

De l'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus.

Leçons de clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1901, Paris, Alcan, 1902.
Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, Paris, 1904, p. 293.

L'hystérectomie abdominale permet de faire pour le cancer beaucoup plus que ne fait l'hystérectomie vaginale : elle permet l'ablation des ganglions, la dissection des uretères et l'extirpation aussi large que possible du néoplasme et de ses propagations immédiates.

J'ai pratiqué de ces opérations très étendues et j'ai pu un jour présenser à la Société de chirurgie une malade à laquelle j'avais extirpé ainsi un tumeur très étendue pour laquelle j'avais été amené à lier l'iliaque interne d'un côté et, de l'autre, l'iliaque primitive.

Malgré cela, je suis devenu plus tard très réservé au sujet de ces opérations dans le cancer, et, dans une leçon où je précisais mes idées actuelles sur le traitement du cancer, je divisais en trois catégories les indications thérapeutiques du cancer de l'utérus.

1° Il y a des cancers *qu'on ne doit pas opérer :* ce sont les diffusés.

2° Il y a des cancers *qu'on peut opérer :* ce sont les propagés ; j'entends ainsi ceux qui, sans être diffusés, ne sont plus absolument limités; la tumeur a dépassé déjà les limites du col et le vagin est envahi à sa partie supérieure. Ceux-là, on peut les opérer, mais il vaut mieux n'y pas toucher.

3° Il est enfin des cancers *qu'on doit opérer :* ce sont les *cancers limités.*

Et dans ce cas, l'hystérectomie abdominale, opération plus extensive, doit être préférée.

Deux observations de déciduome malin.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXXI, 1905, p. 38.

Pour servir à l'histoire des rapports du déciduome avec la môle hydatiforme, je rapporte ici deux observations où ce rapport est nettement établi.

Sur l'une de mes malades, qui avait eu sept ans avant sa grossesse molaire, je pus, grâce à cette notion, faire plus tard le diagnostic de déciduome, je l'opérai en 1903 et elle est restée depuis en très bon état.

Chez une autre malade, j'ai vu, à quelques mois de distance, survenir le chorio-épithéliome après une grossesse molaire, et cette malade avait déjà, dans le vagin, quand je l'opérai, un de ces noyaux vaginaux qui sont une forme très rare de la généralisation de ces tumeurs. Je dus pratiquer ici, en même temps que l'ablation de l'utérus, l'extirpation de toute la partie supérieure du vagin, et la malade n'a pas encore récidivé.

Il y a donc de grandes différences dans la gravité de ces déciduomes : et les greffes vaginales en particulier ne comportent pas toujours par elles-même un pronostic absolument grave.

A propos de la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, t. XXIX, 1903, p. 1143.

Je n'ai pas encore blessé l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale, mais, à plusieurs reprises, j'ai cru l'avoir coupé.

Deux fois j'ai vu, à la coupe du ligament large, un conduit canaliculé

duquel s'échappait un liquide séreux : c'étaient des conduits embryonnaires dépendant du paraovaire.

Une autre fois, j'ai coupé également un gros conduit canaliculé que je crus être l'uretère. Ce n'était qu'une dépendanc du corps de Wolf et le kyste que j'enlevais dans ce cas n'était que le développement inférieur de ce canal.

Ces conduits embryonnaires sont donc une cause d'erreur au cours des laparotomies pelviennes.

De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin.

XIVe *Congrès de chirurgie*. Paris, 1901, p. 666.
Leçons de clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 383.

Pour le traitement du prolapsus utérin complexe, c'est-à-dire énorme et incoercible ou récidivé, je propose une nouvelle méthode, déjà préconisée par Müller en 1889.

A l'hystérectomie vaginale toujours difficile, souvent meurtrière, je substitue l'hystérectomie abdominale supravaginale. Mon hystérectomie respecte le col, et le col est suturé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, d'où résulte une suspension. Plus tard, et quelquefois dans la même séance, je pratique la colpopérinéorraphie, opération toujours nécessaire; de telle sorte que je combine dans une même séance et sur une même malade *toutes* les opérations qui ont été de tout temps isolément proposées pour la cure du prolapsus : une opération de *pexie*, c'est la fixation péduculaire; une opération *d'exérèse* : c'est l'hystérectomie; une opération de *contention* : c'est la colpopérinéorraphie.

Cette méthode m'a donné de bons résultats qui sont signalés dans la thèse de mon élève Ardilouze (De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin. *Thèse de doctorat*, Paris, 1903).

Nouveau procédé d'hystéropexie abdominale.

Semaine gynécologique, 1896, n° 41, p. 321.

C'est l'application à la fixation de l'utérus du procédé de mon maître M. Guyon pour la néphrorraphie. Ce procédé, dit « à échelon », a l'avantage de soutenir l'organe à fixer sans le comprendre dans la striction des fils. L'utérus, comme le rein, est soutenu par des fils transversaux qui serrent les parties molles de la paroi seulement.

Ce procédé m'a toujours donné un bon résultat au point de vue de la solidité de la fixation.

Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible.

Bulletins de la Société anatomique, 1894, p. 421.

C'est la première hystérectomie vaginale faite en France pour une inversion utérine, datant de quatre mois et irréductible, que j'eus à traiter dans le service de mon maître le Pr Guyon. C'était une inversion totale et complexe, survenue à la suite d'un accouchement. Toutes les tentatives de réduction restèrent sans résultat, et je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale qui guérit rapidement la malade.

L'hystérectomie vaginale doit être le traitement de choix de l'inversion utérine dans les cas très rares, il est vrai, où l'irréductibilité résiste à toutes les tentatives : elle est supérieure aux différents procédés de ligature élastique jusqu'alors pratiqués. L'opération est d'ailleurs rendue particulièrement facile par l'état anormal de l'utérus.

Les escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale.

Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux, 1896.

Mon maître Segond avait déjà signalé et décrit pour la première fois cette complication de l'hystérectomie vaginale dans la thèse de Baudron. Ayant eu l'occasion d'observer deux cas de décubitus acutus sur une première série de quinze hystérectomies vaginales, j'ai à nouveau attiré l'attention sur ce sujet dans une communication au congrès de Bordeaux.

Précoce dans son apparition, cette complication m'avait paru succéder surtout aux opérations longues et laborieuses ; et adoptant les premières conclusions de mon maître, je la considérais comme produite par le tiraillement et l'irritation des filets nerveux, en un mot comme un trouble trophique.

DEUXIÈME GROUPE. — ANNEXES (TROMPES ET OVAIRES).

De la torsion des salpingites.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, n° 1, février 1898.
(En collaboration avec M. Chabry.)
Presse médicale, 1900, n° 37.

A l'histoire à peine ébauchée des torsions de la trompe kystique, j'ai

apporté la contribution d'un nouveau fait qui vient s'ajouter à ceux de Bland Sutton, de Hartmann et Reymond, de Delbet, de Jacobs, les seuls que je connaisse.

Plus tard, dans un travail plus étendu, j'ai publié de nouvelles observations et précisé certains détails concernant le mécanisme et les lésions de la torsion des salpingites.

Pour se tordre, la trompe doit être d'abord *mobile*; ensuite son pédicule doit être *mince* et long.

Grâce à ces conditions, la torsion est possible : tantôt elle se fait *brusquement* et *l'étranglement est alors complet*. Les accidents marchent vite parce que la circulation veineuse est absolument entravée et que la circulation artérielle est elle-même compromise.

D'autres fois, la torsion est *lente* et *l'étranglement est incomplet*,

Enfin, il est aussi des *torsions sans étranglement*; j'en rapporte un exemple très net : malgré un ou deux tours de spire, la torsion est lâche, peu serrée et la circulation dans la trompe continue, normale.

On ne voit pas alors ces accidents violents qui caractérisent la torsion brusque et l'étranglement complet.

Des grandes collections séreuses pelviennes.

Leçons de clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 427.

A l'aide de quelques observations personnelles, j'étudie ici au triple point de vue de l'anatomie, de la clinique et du traitement ces grandes collections que l'on voit quelquefois se développer au contact des salpingites comme une lésion initiale ou du moins prépondérante.

Elles ne sont qu'une modalité particulière de la réaction de défense d'un péritoine pelvien aux prises avec une infection. Aux confins des grosses adhérences, l'infection arrive atténuée, tamisée en quelque sorte, par les barrières déjà élevées, de l'irritation du péritoine pendant la sécrétion séreuse.

Ces grandes collections, qui contiennent plusieurs centaines de grammes de liquide et remontent parfois jusqu'à l'ombilic, ressemblent beaucoup à une hématocèle ou à un abcès.

Je les ai vues se développer à la suite de l'opération pour ovaire scléro-kystique ; il existe donc une variété *post-opératoire* à opposer à la forme *spontanée*, la seule connue jusqu'alors.

Abandonnées à elles-mêmes, ces poches se résorbent difficilement,

tellement grandes sont leurs proportions ; elles peuvent se rompre. Elles doivent toujours être opérées.

L'incision vaginale constitue le traitement de choix : ce n'est qu'exceptionnellement qu'il sera préférable de les ouvrir par l'hypogastre.

Lorsque, cependant, le diagnostic sera établi, lorsque la poche n'est pas trop volumineuse, il sera possible de réaliser dans la même séance le traitement par la laparotomie de la collection séreuse et des lésions amoncelées qui en ont été le point de départ.

Des ruptures des collections tubaires au cours du palper abdominal.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, mai 1903.

Il est des péritontes généralisées qui sont la conséquence de la rupture dans le péritoine d'une trompe suppurée. L'intervention, tardive le plus souvent, n'est que palliative, et on ne peut, dans ces cas, que regretter ce retard de l'opération.

Il n'en est plus de même lorsqu'on a l'occasion d'assister à la rupture de la poche et, à plus forte raison, de la causer soi-même. On peut alors faire immédiatement, en temps utile, l'opération nécessaire.

Cette éventualité, je l'ai rencontrée à plusieurs reprises et j'ai, dans cette communication, voulu montrer à l'aide de deux observations personnelles comment on peut au cours du palper abdominal pratiqué même avec douceur rompre une collection tubaire, comment on doit reconnaître l'accident et comment après il faut y remédier.

Dans ces deux cas, la rupture s'est produite dans les mêmes conditions : je faisais moi-même l'examen, je suis donc responsable de la rupture.

Ces poches étaient très fragiles et se seraient rompues au moindre choc.

Dans les deux cas, j'ai reconnu la rupture à deux indices : la perception d'un petit craquement dont la malade elle-même avait conscience, et la disparition brusque et immédiate de la tumeur dont je cherchais à définir les contours.

La laparotomie doit être pratiquée immédiatement : il n'y a que deux exceptions. C'est lorsque la collection rompue est une collection séreuse : la septicité étant moindre, la péritonite n'est pas fatale et je rapporte un fait où l'expectation n'eut aucun inconvénient. En outre, l'opération n'est pas nécessaire non plus quand la collection s'est ouverte dans l'intestin, ainsi que je l'ai vu une fois se faire sous mes yeux. Mais comme on ne peut

reconnaître à l'avance ni la nature séreuse de la collection, ni le lieu de la perforation, je maintiens comme une règle absolue la nécessité de pratiquer de suite la laparotomie lorsqu'on assiste à la rupture d'une collection tubaire ou péri-tubaire.

Des indications de l'opération dans les salpingites chroniques.

Revue internationale de médecine et de chirurgie, 25 avril 1901.

Je précise ici les indications de l'opération dans les salpingites chroniques.

Je me base pour opérer : 1° *sur l'état général* ; 2° *sur l'état local* ; 3° *sur la douleur*.

1° *Indications tirées de l'état général. a)* Il faut opérer toujours *les salpingites fébriles* ; j'entends ainsi les salpingites qui, en dehors de toute poussée péritonéale, font ou continuent à faire de la fièvre.

b) Il faut opérer aussi les *salpingites phlébitiques* : celles-ci encore sont toujours suppurées.

c) Enfin il faut opérer encore *les salpingites qui font maigrir* ; elles sont, elles aussi, souvent suppurées, et l'opération, en supprimant un foyer d'infection, permettra à l'organisme de se remonter.

2° *Indications tirées de l'état local.* Il est des salpingites pour lesquelles l'indication relève de la lésion elle-même ; ici il n'y a plus de manifestation à distance, il n'y a ni fièvre, ni péritonite. Il y a une salpingo-ovarite simple, et dans ses caractères, je trouve souvent de quoi légitimer l'opération.

Ainsi, il faut opérer toujours *les grosses lésions* : toutes les fois que vous vous trouvez en présence d'une grosse salpingite, qu'elle soit ou non kystique, il n'y a aucun avantage à attendre ; à condition qu'elle soit observée à froid, l'opération est de suite indiquée. Dans ces grosses lésions, il y a presque toujours de la suppuration, et l'expectation expose les malades à des poussées de pelvi-péritonite à répétition.

Une autre circonstance comporte encore dans l'histoire des salpingites une indication opératoire immédiate, c'est la *fistulisation* de la salpingite dans la vessie ou dans le rectum. Dès que la preuve est faite, qu'un abcès de la trompe est ouvert dans l'un des organes pelviens, il faut, ici encore, opérer et le plus tôt possible.

3° *Indications tirées des douleurs.* Il faut être beaucoup plus circonspect et, surtout dans les petites lésions, n'en venir à l'opération qu'après l'échec de toutes les médications.

De la conservation des ovaires et de l'utérus au cours de l'ablation des salpingites.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XXXI, 1905, p. 577.

Quand on opère pour salpingite double, y a-t-il avantage à laisser avec l'utérus un ou deux ovaires après la suppression des trompes, à condition, bien entendu, qu'ils ne soient pas très altérés, ou bien y a-t-il pour la femme avantage à perdre l'un ou l'autre ?

A cette question je réponds par les observations de celles de mes malades que j'ai pu revoir et suivre. Or, parmi ces malades, il est un certain nombre de résultats imparfaits, défectueux et qui tiennent à ce que j'ai conservé des utérus altérés ou des ovaires malades. Et de ces faits je conclus que c'est s'exposer à compromettre le résultat d'une opération que de chercher à faire trop de conservation ; on ne devra conserver que des organes vraiment sains, ce qui est toujours d'un diagnostic difficile. Et on ne devra pas oublier qu'une conservation outrée ne vaut jamais une castration complète. Mon élève Gloumeau a développé ces idées dans sa thèse. (Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme. *Thèse de doctorat*. Paris, 1906) : cette thèse contient, développées, toutes mes observations.

C'est à un tout autre point de vue que s'était placé mon élève Montana pour sa thèse en 1899 : il envisageait la conservation seulement au point de vue de la procréation et rapportait deux observations de ma pratique de salpingostomie dont une suivie de grossesse. A ce point de vue, l'utilité de la conservation n'est pas discutable chez les femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants.

Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes.

Union Médicale du Canada, 25 juin 1901.

Après avoir été autrefois partisan de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des lésions annexielles, j'ai dû l'abandonner et venir à l'hystérectomie abdominale.

Je reproche à l'hystérectomie vaginale deux graves inconvénients ; elle est parfois *excessive* et elle est quelquefois *insuffisante*.

Elle est *excessive* en ce sens que souvent elle a conduit à pratiquer l'exérèse de lésions qu'on aurait pu conserver au moins partiellement.

On escomptait des lésions bilatérales et accentuées, et on trouve des lésions partielles, unilatérales, avec un côté intact ou à peu près. Mais de cela on ne s'aperçoit qu'au cours ou qu'après l'opération, alors que, l'utérus déjà enlevé, on est lancé sans arrêt possible dans la voie de l'exérèse complète.

Je dis encore que l'hystérectomie vaginale est *souvent insuffisante*; et ce second grief est tout aussi sérieux que le premier.

Pour être efficace absolument, l'hystérectomie vaginale doit permettre l'ablation totale des annexes malades avec l'utérus. Toutes les fois qu'une partie grosse ou minime de ces annexes est laissée dans l'abdomen, le résultat opératoire n'est pas troublé, mais le résultat thérapeutique est frappé de nullité. La femme continuera à souffrir et, à échéance plus ou moins prochaine, vous devrez faire une opération complémentaire par la laparotomie pour enlever les restes de votre première opération.

Avec l'hystérectomie abdominale, au contraire, *on voit ce qu'on fait*, l'opération, grâce à la large incision, au plan incliné, à l'écartement de la paroi que je réalise si complètement avec mon écarteur, l'opération tout entière s'effectue sous le contrôle et avec la garantie de la vue.

Dans ces *conditions, on ne fait que ce qu'on veut*, parce que, la vue renseignant mieux que le toucher, on juge, d'un simple coup d'œil, ce que valent les annexes malades, on se décide pour ou contre la conservation et cela avant que la première entame du ciseau ait rendu nécessaire le sacrifice total.

Enfin, on fait aussi tout ce qu'on veut, c'est-à-dire tout ce qui sera nécessaire. L'hystérectomie abdominale, terme ultime d'une opération complète, opération de correction d'un diagnostic défectueux, permet de faire, quand il y a lieu, une castration totale et d'assurer aux résultats éloignés cette perfection qui les met au niveau de ce que l'hystérectomie vaginale complète donnait depuis longtemps.

Sur trente opérations personnelles, je comptais à ce moment une mort.

De l'hystérectomie abdominale totale dans les inflammations des annexes.

Douzième Congrès français de chirurgie, 1898, p. 660.
Treizième Congrès français de chirurgie, 1899 p. 211.

A cette époque, alors que l'hystérectomie abdominale venait disputer le terrain à l'hystérectomie vaginale, je communiquais le résultat de mes onze premières hystérectomies abdominales totales suivies de succès. Et je montrais que cette hystérectomie était tantôt une *opération de correction* et tantôt une *opération de nécessité*.

Elle est une *opération de correction* pour les cas où les lésions se présentent plus importantes qu'on ne l'avait pensé, où il faut enlever, contrairement à ce qu'on avait pensé, les deux côtés ; elle permet alors d'enlever l'utérus en même temps et d'assurer un aussi bon résultat que par en bas.

Elle est en outre une *opération de nécessité,* car elle seule permet d'enlever certaines poches annexielles particulièrement adhérentes, et dont la décortication n'eût jamais été possible par la voie vaginale.

J'ai continué depuis à appliquer l'hystérectomie abdominale à la plus grande partie des lésions annexielles suppurées et non suppurées. Mes premières observations sont publiées dans la thèse de mon élève Masson (Hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Thèse de doctorat.* Paris, 1899).

De la colpotomie dans les suppurations annexielles.

Revue internationale de médecine et de chirurgie, 25 octobre 1898.

La colpotomie dans le traitement des annexites suppurées n'est qu'une opération d'attente dont le résultat n'est plus souvent que temporaire. Elle évacue un foyer et n'est curative que pour les collections à poche émigrée, ce qui est rare. Et au cas contraire, les lésions de salpingite continuent leur évolution ; plus tard, une nouvelle opération, plus complète, l'hystérectomie, devient nécessaire. Je rapporte ici plusieurs observations tirées de ma pratique qui viennent à l'appui de cette affirmation.

Je trace ensuite les indications de la colpotomie : cette opération est très utile toutes les fois qu'une collection supposée chaude se présente avec un accès facile, dans le cul-de-sac postérieur. L'ouverture remédie aux accidents immédiats, permet de relever l'état général et de faire plus tard, en temps utile et sur un terrain refroidi, l'opération plus complète de l'hystérectomie.

Pathogénie des kystes tubo-ovariens.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 2 juin 1899.
Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale n°-3, 1900, p. 419.
(En collaboration avec le Dr Cabaniols.)

Ayant eu l'occasion d'opérer deux kystes tubo-ovariens chez une même malade, j'ai cherché à élucider la pathogénie de ces kystes très curieux.

On sait en quoi ils consistent : un gros kyste de l'ovaire est en communication avec la trompe ; celle-ci, distendue à l'excès, s'ouvre dans le

kyste et fait pour ainsi dire partie intégrante, à tel point que quelquefois le liquide du kyste s'épanche au dehors par l'ostium utérin.

Quelle est la pathogénie de ces kystes ?.

Je me suis attaché à montrer qu'il y avait parmi eux deux catégories différentes.

Dans une première catégorie, il y a coexistence d'un hydrosalpinx et d'un kyste de l'ovaire : une adhérence se produit entre les deux poches kystiques, et un jour ou l'autre la communication s'établira par le fait de la distension de la paroi.

Dans une seconde catégorie le mécanisme est beaucoup plus compliqué. Là, la trompe est saine : on la trouve à peine altérée, et je pense qu'une inflammation très limitée toucha une fois le pavillon et le fixa à la surface du kyste. Et celui-ci, poursuivant son évolution, se rompt dans la zone tubaire : le kyste tubo-ovarien sera alors réalisé.

Malgré cette communication, le kyste reste silencieux et ce n'est qu'au cours de l'opération qu'on constate une curieuse particularité anatomique et dont rien jusqu'alors n'avait fait soupçonner l'existence.

Kyste dermoïde tordu chez une enfant de onze ans et demi

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 1901, p. 103.

Observation de deux kystes dermoïdes enlevés chez une petite fille de 11 ans et demi. L'un d'eux était tordu et les accidents observés avaient été attribués à une appendicite. Les kystes pelviens n'étaient pas sentis au palper et la contracture de défense ressemblait à celle de l'appendicite. Guérison.

A propos de la récidive de la grossesse extra-utérine.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie. Paris, 1900, p. 324.

Au cours d'une discussion sur la récidive des grossesses extra-utérines, j'ai donné le résumé de mes observations personnelles au sujet de l'état des annexes du côté opposé.

Sur 14 laparotomies pour grossesse extra-utérine, au cours desquelles j'ai pu vérifier l'état du côté opposé, je trouve deux fois les annexes du côté opposé absolument saines ; quatre fois, au contraire, elles présentent des lésions évidentes qui consistaient : trois fois dans une salpingoovarite catarrhale qu'il fallait enlever, une fois dans un hydrosalpinx, une fois dans un hématosalpinx. Enfin, dans cinq cas opérés pour des accidents

aigus en pleine inondation péritonéale, j'ai constaté que la trompe, siège de la grossesse, ne contenait aucune autre lésion que celle résultant de la rupture ou de l'avortement tubaire.

Et de ces faits je conclus qu'il est impossible d'attribuer la grossesse extra-utérine à des modifications inflammatoires ou autres de la trompe.

Et, par conséquent, je m'inscris en faux contre la prétention de certains chirurgiens américains qui, comme Beck et Abel, veulent imposer au cours d'une opération pour grossesse extra-utérine l'ablation de l'ovaire et de la trompe saine. Je ne puis souscrire à cette proposition.

TROISIÈME GROUPE. — DIVERS

Hernie congénitale et imperforation du vagin.

Bulletins de la Société anatomique, 9 avril 1897.

Quand on est en présence d'une imperforation du vagin, il y a souvent doute sur l'intégrité des organes profonds. Dans ces conditions, la laparotomie exploratrice se présente comme très légitime pour explorer l'état de l'utérus ou des ovaires et décider jusqu'à quel point les opérations autoplastiques sont légitimes. Telle est l'idée que je défends dans ce travail.

Me trouvant un jour en présence d'un cas semblable, j'ai pensé utiliser une hernie inguinale que présentait la malade pour vérifier l'état des organes profonds. En faisant la cure radicale de la hernie, j'ai trouvé, dans son contenu, l'utérus, les ovaires et les deux trompes atrophiées considérablement, tellement qu'il était impossible de faire autrement que de les enlever.

Kyste wolfien du ligament large.

Bulletins de la Société anatomique, 1896, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, fasc. 3, p. 96.

En procédant à l'énucléation d'un kyste para-ovarien, je trouvai, partant du pôle supérieur de la tumeur, un cordon canaliculé qui se perdait dans la région lombaire. Ce conduit fut sectionné et l'examen histologique montra qu'il se continuait à plein canal avec la poche kystique. Il était tapissé en dedans d'une couche épithéliale cylindrique, et j'ai pensé que ce cordon représentait, par sa direction, le canal de l'époophore, c'est-à-dire la partie inférieure du canal de Wolf (portion sexuelle).

Le kyste s'était développé soit dans le canal lui-même, soit dans un des tubes qui figurent, dans l'organe de Rosenmüller, les dents d'un

peigne. Quoi qu'il en soit, c'est un fait de plus à l'appui de la théorie wolfienne des kystes du ligament large.

Des fistules recto-périnéales.

Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1897, n° 5, p. 769.

Dans ce mémoire, j'ai étudié, à l'aide d'une observation personnelle, les fistules recto-périnéales consécutives, chez la femme, à une périnéorraphie défectueuse, et j'ai montré l'utilité et l'avantage de l'excision large des tissus fibreux qui environnent la fistule et de leur réparation par le dédoublement du périnée.

Le procédé que je préconise est applicable aux fistules recto-vaginales inférieures.

La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1903, p. 793.
Presse médicale, 26 août 1903, n° 686, p. 10.

Les fistules recto-vaginales supérieures, celles qui sont situées au fond du vagin, près du col, en haut du cul-de-sac postérieur, offrent au chirurgien des difficultés particulières qui tiennent à l'élévation de la fistule et à la difficulté des manœuvres à ce niveau.

C'est pour le traitement de ces fistules hautes et difficiles que j'apporte ici un nouveau procédé. Je combine, dans la même opération, les avantages que donne la voie périnéale par dédoublement et le jour très considérable que donne *la fente totale du vagin depuis la vulve jusqu'au-dessus de la fistule*. C'est là le point original du procédé qui consiste dans les temps que voici.

Premier temps : Incision transversale entre l'anus et la commissure postérieure ; incision plus près de la vulve que de l'anus, comme dans la périnéorraphie.

Deuxième temps : Décollement du rectum et du vagin jusqu'à la fistule.

Troisième temps : Incision longitudinale aux ciseaux de toute la longueur de la paroi vaginale décollée. A ce moment, on a une large brèche, créée par l'écart des lèvres de l'incision vaginale ; en haut, se voit l'orifice de la fistule ; en arrière, on voit la paroi du rectum dénudé. Grâce au jour que donne cette arcade, le décollement est poussé autour et *au-dessus* de la fistule. Dès lors, la fistule est réduite à un seul orifice rectal : l'orifice vaginal se confond avec la fente faite à la paroi postérieure du vagin.

Quatrième temps : suture isolée, à points séparés et au catgut, de cet orifice rectal. Sur la paroi rectale la paroi vaginale est abaissée, suturée dans toute sa hauteur ; la suture est faite de telle façon que l'accolement soit partout parfait, que les muscles releveurs soient suturés en arrière du vagin. La plaie vulvaire est enfin suturée par quelques points de crin de Florence et reste la seule trace extérieure de l'opération terminée.

La suppression du drainage, l'adaptation exacte des plans primitivement décollés, m'ont paru très favorables au succès ; je n'insiste pas sur la désinfection préalable du rectum, ni sur la constipation ultérieure nécessaire ici comme dans toutes les opérations de ce genre.

Cette incision de la paroi du vagin m'a paru donner un jour considérable pour ces manœuvres à faire au fond d'un dédoublement mené jusqu'à sa limite supérieure. Elle donne tous les avantages de la voie vaginale et de la section du périnée telle qu'on la faisait autrefois, sans exposer aux mêmes inconvénients. Et j'espère que la voie *vagino-périnéale* permettra ainsi d'aborder plus facilement et plus sûrement ces fistules recto-vaginales supérieures qui, jusqu'alors, étaient, par leur siège, plus que toutes les autres, difficiles à atteindre et à bien obturer.

ARTICLE IV

ANATOMIE CHIRURGICALE

Anatomie chirurgicale du bassinet et exploration intérieure du rein.
Annales des maladies des organes génito-urinaires, juin et juillet 1891.

Ce travail a pour but de préciser la forme et la topographie du bassinet dans le sinus du rein ; les déductions qu'il comporte ont trait à l'exploration intérieure du rein.

1° La *forme* classique du bassinet « en entonnoir » n'est pas aussi constante qu'on le croit. Par de nombreuses dissections, faites à l'École pratique, en 1891, j'ai pu m'assurer que les formes très différentes qu'affecte le bassinet sur chaque sujet, peuvent être groupées en deux catégories que j'ai appelées : le bassinet *ampullaire* et le bassinet *ramifié*.

Le bassinet *ampullaire* est celui qui répond à la description classique.

Le bassinet *ramifié* s'observe beaucoup plus souvent : dans ce cas, en arrivant au hile, l'uretère se divise presque de suite en deux branches, suivant le type dichotomique, l'une supérieure, l'autre inférieure. La supérieure se porte en haut, longue, mince ; elle aboutit à deux ou trois calices de l'extrémité supérieure qu'elle aborde après s'être divisée en autant de branches secondaires que de calices, mais très courtes.

L'inférieure, souvent plus large, mais courte, se porte en bas, et aboutit aux calices d'en bas.

De cette branche inférieure naît généralement une branche moyenne, plus petite, plus courte que les autres, horizontale et transversale ou à peu près, qui correspond aux calices de la portion moyenne du rein.

Ces recherches anatomiques ont été en partie confirmées par MM. Terrier et Baudouin dans leur travail sur l'hydronéphrose intermittente.

2° La *topographie* du bassinet a une grande importance au point de vue de l'exploration. A ce point de vue on peut considérer le bassinet comme étant à moitié dans le sinus du rein et à moitié en dehors du hile.

La portion *extra-rénale* est, en avant, masquée par les branches vasculaires et surtout par leurs premières ramifications ; en arrière, elle est libre au contraire, elle est à découvert et, de ce côté, facile à atteindre.

La portion *intra-rénale,* intra-sinusienne, existe à peine. Elle ne s'avance pas jusqu'au fond du sinus, elle ne vient pas au contact de la substance du rein, elle en est éloignée de toute la longueur des branches de bifurcation du bassinet ; et elle en est séparée par les branches des vaisseaux qui, du plan antérieur au bassinet, vont passer en arrière de lui en contournant son bord externe.

L'incision du bord convexe ne peut donc atteindre qu'un bassinet *dilaté.* Sinon elle ouvre le sinus du rein avant d'atteindre le bassinet.

La situation du cæcum chez l'enfant.

Bulletins de la Société anatomique, 5e série, t. V, 1892, p. 55 à 69.

Pendant mon internat dans le service de mon maître le Pr Lannelongue, à Trousseau, j'eus l'occasion de voir un petit malade atteint d'un phlegmon périrénal droit avec des fusées purulentes dans l'épaisseur de la paroi abdominale et jusque vers la région inguinale. Ce ne fut qu'au cours de l'autopsie que fut définie la nature de ce phlegmon : c'était une appendicite perforante, le cæcum était situé au-devant du rein.

Quelle était la fréquence de cette situation du cæcum, et jusqu'à quel point cette anomalie devait-elle entrer en ligne de compte dans les prévisions de la clinique ?

Mes recherches ont porté sur cent cadavres d'enfants : elles ont abouti à des considérations intéressantes sur la disposition du cæcum à cet âge. Je n'en retiens que ce qui a trait à la *situation* de cette portion du gros intestin.

Dans 25 cas, le cæcum siégeait à la partie postérieure de la fosse iliaque, fixé au-dessous du rein, près de la crête iliaque, loin de la paroi abdominale antérieure ; dans 6 cas, il était franchement prérénal.

Sa direction y est quelquefois transversale, le fond regardant à droite avec l'appendice qui dépasse le bord externe du rein. Le cæcum, en cette situation, se met donc en rapport avec le foie, plus particulièrement avec la fossette dite colique. Le côlon ascendant n'existe pas : le côlon transverse trop long pour l'espace qu'il a à parcourir se plisse en son milieu. L'intestin grêle chemine dans la fosse iliaque d'avant en arrière, prenant la place et la disposition normale du côlon ascendant chez l'adulte.

Dans d'autres cas, plus rares (13 sur 100), le cæcum était descendu

dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, ou au-dessus du ligament large ou du fond de l'utérus chez les petites filles.

La disposition du péritoine varie suivant les cas ; les principales dispositions que nous avons trouvées sont les suivantes : 1° enveloppement complet du cæcum, et du côlon ascendant (huit fois) ; 2° enveloppement complet du cæcum, et d'une moitié seulement du côlon ascendant (moitié des cas) ; 3° enveloppement complet du cæcum avec mésocôlon pour le côlon ascendant (45 pour 100) ; 4° enveloppement incomplet du cæcum et du côlon (6 cas).

Toutes ces dispositions, en apparence disparates, ne sont que les degrés différents d'une même évolution ; ce sont, pour le péritoine, des anomalies par excès ou par défaut de coalescence du péritoine viscéral au péritoine pariétal ; et, pour le cæcum, des arrêts dans sa migration descendante. Toutes ces anomalies peuvent également persister et s'observer chez l'adulte ; j'en rapporte quelques exemples, entre autres celui d'un cæcum très mobile et situé dans la fosse iliaque gauche.

Tous ces faits expliquent les variétés signalées depuis dans la situation des abcès péricæcaux (variétés postérieure, haute, etc.,) ; ils sont, depuis, devenus classiques et ont souvent trouvé dans la pratique leur vérification.

Des aponévroses de la paume de la main.

Bulletins de la Société anatomique, mai 1892, p. 383.

(En collaboration avec M. Juvara.)

Dans ce travail, j'ai étudié, après Maslieurat-Lagémard et Grapow, le système fibreux de la paume de la main. A l'aide de nombreuses dissections, j'ai pu confirmer les données classiques sur plusieurs points et, sur d'autres, ajouter de nouveaux détails.

Le feuillet superficiel présente trois ordres de fibres terminales :

1° *Des fibres allant à la peau des doigts et de la main.* — L'adhérence de ces fibres est tellement serrée avec la face profonde du derme que la dissection, même sur le sujet normal, en est difficile ; les fibres qui vont à la peau des doigts sont, au contraire, toujours très faciles à reconnaître. On les voit s'étaler sur toute la largeur de la face antérieure de la première phalange (face profonde de la peau), mais elles sont surtout marquées sur les bords de cette face, à son union avec les faces latérales du doigt, où elles forment deux petits trousseaux fibreux facilement disséquables. Ce sont ces fibres, niées par Malgaigne, qui sont les premières atteintes dans la rétraction de l'aponévrose palmaire.

2° *Des fibres allant à l'aponévrose profonde.* — Dès la moitié de la hauteur de la paume de la main, des fibres se détachent obliquement du faisceau principal vertical pour s'étager de haut en bas dans la portion correspondante de l'espace intertendineux.

Tout ceci montre comment le système fibreux de la paume de la main forme un tout continu dont les éléments ne peuvent être dissociés que pour les besoins d'une description ; elle montre comment la solidarité des différents plans, superficiel, moyen et profond, de l'aponévrose palmaire est établie par des fibres antéro-postérieures, et par des fibres transversales. Dès lors, il devient facile de comprendre la complexité de la maladie de Dupuytren, l'inefficacité, pour la traiter, des simples sections et la nécessité, au contraire, d'une excision complète de toutes les parties atteintes, ainsi qu'il résulte des travaux de M. le Pr Berger.

Cette description a été adoptée et reproduite par le Pr Poirier dans son *Traité d'anatomie*.

Anomalie de la main.

Bulletins de la Société anatomique, 27 février 1891, p. 135

Il s'agit d'un cas rare, peut-être unique, d'anomalie congénitale de la main : sur un sujet de l'École pratique, j'ai trouvé les cinq doigts fléchis et inclus dans la paume de la main. Ces doigts étaient réduits à leurs deux premières phalanges. La peau recouvrait l'ensemble de ces phalanges sans marquer leurs interstices : la main avait l'apparence et la forme d'un moignon. On voyait, d'ailleurs, dans la paume de la main un noyau cicatriciel qui s'enfonçait dans les parties profondes. C'est un cas d'amputation congénitale précoce, probablement par bride amniotique. La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.